

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

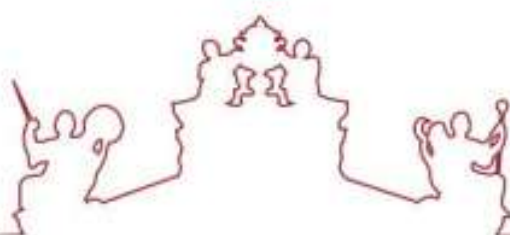
Relatório de Estágio

Influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto.

Tania Fernández Fernández

Orientador(es) | Otília Zangão

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

Influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto.

Tania Fernández Fernández

Orientador(es) | Otilia Zangão

Évora 2021



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Luís Manuel Pinto Miranda (Centro Hospitalar Barreiro, Montijo, E.P.E.)
(Arguente)
Otilia Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo da travessia e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa.

AGRADECIMENTOS:

Em primeiro lugar para a Universidade de Évora, e para Portugal e a sua gente, porque apesar da distância que sempre senti "em casa", penso que tem sido o melhor lugar para desenvolver este caminho.

À Sra. Professora Doutora Maria Otília Brites Zangão, a quem estou extremamente grata pela sua orientação, por toda a ajuda oferecida e pela mão que sempre me deu. Pela sua dedicação e exigência, que me fez sempre dar o meu melhor, e pelo "Portunhol" a que foi submetida durante estes dois anos.

Às Enfermeiras do Serviço de Grávidas e Ginecologia do Hospital Garcia de Orta, onde sempre me senti parte da equipa.

A todo o pessoal da sala de partos da Maternidade Alfredo da Costa, um lugar mágico para nascer e por tanto para aprender, estarei sempre grata por tudo.

À equipa do Hospital Nossa Senhora da Candelaria, por o acolhimento, aceitação e inclusão no seu programa de estudantes. Especialmente à sua directora M^a Asunción González Ramos, por permitir esta ligação entre Portugal e Espanha, e minhas colegas "Co-R", por fazer-me sentir como uma mais.

Também, uma palavra de imensa gratidão para todas as grávidas e parturientes com quem partilhei e as que acompanhei neste processo, e com quem através da sua participação tornaram possível a realização deste trabalho.

Numa nota mais pessoal, estou infinitamente agradecida pelo apoio das minhas colegas Tania Montesdeoca e Nareth Zambrano, porque foram fundamentais nesta viagem, sendo mais do que amigas e fazendo disto uma verdadeira aventura. E, claro, a Farah Mohamed, que me guiou até Portugal, e me ajudou a tornar isto possível, estarei sempre grata.

Especialmente agradeço a Jesús, quem sempre foi um pilar e um refúgio durante estes anos, ajudando-me a realizar este sonho.

E finalmente, aos meus pais e ao meu irmão, que suportaram a minha menor disponibilidade e me estimularam continuamente nesta caminhada de realização pessoal e profissional.

A todos vocês, Obrigada!

TÍTULO:

Influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto.

RESUMO:

Enquadramento: O relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora com a realização do Estágio de Natureza Profissional que permite através de práticas clínicas a aquisição de competências específicas na área da especialidade. O relatório está assente numa área de interesse pessoal, com pertinência para a prática de cuidado – “O papel do acompanhante”. **Objetivo:** Apresentar de modo reflexivo as aprendizagens e competências desenvolvidas durante a realização do estágio em diferentes contextos clínicos. **Metodologia:** Trata-se de um estágio realizado sobre metodologia de supervisão clínica com análise do nível de satisfação e a influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto, através do método exploratório de abordagem quantitativa. **Resultados:** Atingiu as competências e verificou que o acompanhamento no trabalho de parto influencia de forma benéfica as mulheres. **Conclusões:** O estágio constitui-se como uma experiência diversificada que permitiu o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

DESCRITORES: Parturiente; Acompanhamento; Satisfação; Trabalho de Parto; Parto; Dor.

TÍTULO EM INGLÊS:

Influence of a significant person in the process of labour.

ABSTRACT:

Context: This report is part of the Master's Degree in Maternal and Obstetrics Health Nursing at the University of Évora with the realization of the Professional Nature Internship which allows through clinical practices the acquisition of specific skills in the specialty area. The report is based on an area of personal interest, with relevance to the practice of care - "the role of accompanier". **Objective:** To present in a reflexive way the learning and skills developed during the internship in different clinical contexts. **Methodology:** This is an internship on clinical supervision methodology with analysis of the level of satisfaction and the influence of the significant person in the process of labour through the exploratory method of quantitative approach. **Results:** the skills we're achieved and it's confirmed that company during childbirth influences women in a beneficial way. **Conclusions:** The internship was a diverse experience that allowed the development of the skills of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing.

DESCRIPTORS: Women; Patient Score Service; Continuous Support; Patient Satisfaction; Labour; Pain.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	17
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	17
2.1.2. Hospital García de Orta - Serviço de Internamento de Grávidas e Ginecologia	23
2.1.3. Maternidade Alfredo da Costa – Bloco de Partos	25
2.1.4. Hospital Universitário Nossa Senhora da Candelária, Santa Cruz de Tenerife – Bloco de Partos e Puerpério	27
2.2. METODOLOGIA	28
3. CONTRIBUTOS PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	33
3.1. CONCETUALIZAÇÃO: REVISÃO DA LITERATURA	33
3.2. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	43
3.3. RESULTADOS.....	45
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	55
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	55
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	67
Apêndice 1 - Aulas de preparação para o parto, Centro de Saúde Sete Ríos	68
Apêndice 2 - Síntese dos artigos da revisão integrativa da literatura	91
Apêndice 3 – Pedido de autorização aos autores originais da escala de COMFORTS (Espanhol).....	99
Apêndice 4 – Formularlario elaborado para recolha de dados, inclui escala de COMFORTS (Espanhol).....	100
Apêndice 5 – Proposta de Projeto do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.....	104
ANEXOS	106

Anexo 1– Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora.	107
Anexo 2 – Grelha de registo das experiências realizadas no Estágio de Natureza Profissional.....	108
Anexo 3 - Aula de Sutura Perineal	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Inscritos na UCSP Sete Rios	19
Figura 2 - Representação PICo/Palavras-chave/descriptores	36
Figura 3 – Fluxograma de seleção dos artigos	37
Figura 4 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente	39
Figura 5 – Nuvem de palavras.....	43
Figura 6 – Gráfico: Idades	47
Figura 7 - Características sociodemográficas.	48
Figura 8 – Gráfico: Pessoa que acompanha.....	50
Figura 9 - Gráfico: Sentiu-se acompanhada pela EEESMO.....	50
Figura 10 – Gráfico: Acompanhamento da grávida.....	51
Figura 11- Gráfico: Escala de dor.....	51
Figura 12 - Gráfico: Escala de dor	52
Figura 13 - Gráfico: Duração do trabalho de parto (horas).....	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estatísticas de confiabilidade.....	46
Tabela 2 - Estatísticas de confiabilidade por categorias de instrumento	46
Tabela 3 - Características sociodemográficas.....	47
Tabela 4 - Características clínicas.....	49
Tabela 5 - Valores da Escala Total/Dimensões	54

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MEESMO), incluído na disciplina do Ensino de Natureza Profissional com Relatório Final, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora da Universidade de Évora, com a orientação da Professora Otilia Zangão.

A finalidade do Estágio de Natureza Profissional, que decorre no segundo ano do curso, é o desenvolvimento das competências relacionais e técnico-científicas para prestar cuidados de enfermagem especializados à mulher; durante os diferentes estádios da sua vida reprodutiva, desde a infância, adolescência, fase reprodutiva, processos de gravidez fisiológica ou patologia ginecológica e obstétrica até à menopausa.

Com este relatório pretende-se apresentar de modo reflexivo as aprendizagens e competências desenvolvidas durante a realização do estágio em diferentes contextos clínicos. O relatório está assente numa área de interesse pessoal, com pertinência para a prática de cuidado – “O papel do acompanhante”.

No decurso dos estágios, adquiri competências comuns dos enfermeiros especialistas, competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, e ainda competências de pesquisa, que explanei neste relatório final.

Desta forma, durante o Ensino de Natureza Profissional tive como objetivos:

- Adquirir competências específicas durante a prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica que me permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade:
 - a. no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
 - b. durante o período pré-natal;
 - c. durante o trabalho de parto;
 - d. durante o período pós-natal;
 - e. durante o período do climatério;
 - f. a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica (OE, 2019);
- Adquirir competências comuns dos enfermeiros especialistas;

- Desenvolver competências de pesquisa através da recolha de informação que pretende analisar a influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados às utentes.

Nos últimos anos, o conceito de parir mudou, apesar da sua base inalterável como um processo íntimo e único para cada mulher. Nos anos cinquenta, este evento tinha lugar nas casas das parturientes, auxiliado por parteiras, muitas delas conhecidas popularmente. As mulheres estavam acompanhadas principalmente por suas mães e irmãs. Naquela época, o pai permanecia fora do local onde ocorria o nascimento e ficava longe da sua companheira.

Mais tarde, nos anos setenta, a assistência ao parto é levada ao hospital, onde a figura paterna continua longe da mulher, também deixa de ser acompanhada pela família durante o processo. Como resultado, em 1966 começou a ser publicado o trabalho sobre a desumanização do parto, chegando aos nossos dias com uma mudança nos modelos do que ainda sabemos como normais dentro da sala de parto. (OMS, 1966 (Atualização 2018)).

Desde finais do século XX, todo o casal participa do processo de gravidez, parto e puerpério, e nas circunstâncias em que não existe ou é impossível fazê-lo, a mulher procura apoio pessoalmente ou pessoas significativas e com quem estabelece um relacionamento de empatia e confiança (Ramírez Peláez e Rodríguez Gallego, 2014).

Atualmente, com toda a situação epidemiológica que vivemos, relacionada com a Pandemia por a Covid-19, o acompanhamento durante todo o processo de gravidez e trabalho de parto tem sido diferente, em muitos hospitais proibindo a presença de acompanhante. Isto, é uma decisão dos próprios hospitais, já que a *International Confederation of Midwives (ICM)*, defende os direitos da mulher no parto, entre os quais está o acompanhamento no trabalho de parto, acusando os hospitais de fazerem uso de protocolos não baseados em evidências acreditadas e atuais, supondo um efeito prejudicial tanto para a mãe quanto para o bebê.

No relatório realizado pela ICM no início da pandemia, no ponto 3, destaca-se o seguinte; *“Toda mulher tem direito à informação, a dar ou negar seu consentimento e a que suas escolhas e decisões sejam respeitadas. Isso inclui o direito de ter uma pessoa de sua escolha com ela durante o trabalho de parto e parto”* (ICM, 2020). Então, sendo

um direito, porque é que muitos hospitais as querem privar disso?

Cada país, especialmente os dois países onde desenvolvi a minha formação, Espanha e Portugal, incluíram este ponto entre as suas orientações. O Ministério da Saúde de Espanha reconhece a possibilidade de ter a presença do companheiro/acompanhante, sempre que nem a mulher nem seu acompanhante tenham suspeita/confirmação de infeção por COVID-19, para que ela possa ter suporte emocional e físico. Isso, sabendo que o acompanhamento durante o parto proporciona segurança, torna a dor das contrações mais tolerável e facilita o desenvolvimento do trabalho de parto (Ministério da Saúde, 2020). Portugal, por seu lado, também inclui nos regulamentos da Direção Geral de Saúde (DGS) que “as unidades hospitalares devem esforçar-se por garantir as condições necessárias para permitir a presença de um acompanhante durante o parto” (DGS, 2020). Por outras palavras, e para dar resposta à pergunta anterior, o grande problema tem sido a gestão de casos e a intenção dos hospitais de não propagar o vírus, porque a evidência científica apoia o acompanhamento sempre.

Segundo Schaefer (1977), e os estudos de Lazarus e Folkman (1986), o apoio contínuo e personalizado consiste em quatro elementos: suporte informativo, físico, emocional e representação. Portanto, no decorrer do trabalho de parto, esse suporte é considerado influente ao enfrentar as diferentes fases (Kaye e outros, 2014).

Além disso, ter a presença de um acompanhante no momento do parto é algo ancestral, sendo uma situação em que as parturientes têm a forte necessidade de se sentir mimadas, protegidas e acompanhadas (Llave Reducindo, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1966, recomenda aos hospitais que permitam a entrada de um acompanhante no parto (OMS, 1966 (Atualização 2018)).

É bem conhecido que a dor do parto é um conceito universal, sendo também um conceito subjetivo, em que cada um tem o seu próprio limiar e o seu modo de encarar e tolerar. O que também está relacionado com a duração do mesmo, o uso e a quantidade ou não de analgesia/anestesia, a auto-perceção da satisfação dessa experiência e, claro, também relacionada ao facto da mulher estar acompanhada ou não por uma pessoa da sua confiança (Lugones Botell & Ramírez Bermú, 2012). Portanto, é importante observar e descrever a influência da pessoa significativa para quantificar como é transcendental continuar com este modelo de parto humanizado em que a mulher continue sendo acompanhada neste processo da vida.

O interesse pela problemática do acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto, vai para além da importância da presença do companheiro, importa também perceber a influência do EEESMO no atendimento, acompanhamento e satisfação das mulheres; uma vez, que estes profissionais além do desenvolvimento de um trabalho prático no processo do parto, também fazem um acompanhamento, que é muito importante nesse processo, para dar apoio e suporte, haja ou não uma pessoa significativa para a mulher na sala, ainda mais neste momento epidemiológico de pandemia.

Todo o Relatório está assente na teoria de enfermagem de Jean Watson, uma senhora Norte-Americana, nascida em 1940, licenciada em enfermagem e mestre em saúde mental e psiquiatria. A sua Teoria assenta no Cuidado Humano, e considera o cuidado efetivo por meio do relacionamento transpessoal. Acredita que o cuidado tem duas dimensões: a cultura, com as suas práticas individuais e coletivas; e a outra, a moralidade, que atribui um valor ao cuidado.

A teoria de Jean Watson, baseia-se em sete pressupostos fenomenológicos existenciais de cuidados, que estão em plena consonância com o desenvolvimento e a prática baseada na evidência deste relatório final, pois não assenta apenas na promoção de um atendimento de qualidade, mas harmoniza também um cuidado satisfatório com um equilíbrio entre a componente física e mental:

- "*Os cuidados só podem ser demonstrados e praticados eficazmente numa relação interpessoal*"; ou seja, os cuidados são transmitidos de uma forma cultural e de acordo com as necessidades das pessoas, tal como o parto é um ato diferente para cada região, com diferentes formas de abordagem e em resposta a diferentes necessidades, mesmo que o fim seja o mesmo.
- "*Os cuidados são condicionados por fatores de cuidado e todos os cuidados têm um objetivo*", seja este, el cuidado de uma ferida para a recuperação de um tecido numa lesão ou o facto de estar acompanhada no trabalho de parto como fator de redução da dor, como apresentamos aqui.
- "*Cuidados eficazes promovem a saúde e o crescimento pessoal e familiar*"; os cuidados promovem a satisfação, as boas práticas e o bom apoio promovem uma melhor experiência de parto e de nascimento, e com ele a vinculação entre mãe-bebé.

- "*Um ambiente de cuidado é aquele que promove o desenvolvimento do potencial*"; assim o ambiente também favorecerá o objetivo desejado; um ambiente familiar, confortável e acolhedor, com acompanhante e/o apoio da EEESMO.
- "*A ciência dos cuidados é complementar à ciência da cura*"; fornecer cuidados não é apenas curar, é a integração da prática com o ambiente e o meio envolvente, e é aqui que o acompanhamento entra em jogo.
- "*A prática dos cuidados é central para a enfermagem e para o indivíduo*"; o paciente deve formar parte do seu processo de cuidados, ser acompanhado na sua tomada de decisões, e não apenas ser um receptor das decisões tomadas por outros sobre ele." *A enfermagem, portanto, deve centrar-se no acompanhamento sensível, mas responsável, baseado no conhecimento e na prática de uma atitude terapêutica*" (Urra, Jana & Garcia, 2011).

Neste sentido, o acompanhamento da EEESMO durante o parto e pós-parto, juntamente com o conhecimento dos desejos e expectativas dos pacientes para o seu nascimento, é muito importante para tomar as decisões corretas, ajudando-os a enfrentar a falta de conhecimento sobre o que deveriam fazer; tudo isto diretamente relacionado com o nível de autossatisfação que obtêm como resultado. Além disso, o apoio dado por um familiar ou pessoa em quem se confia reforça grandemente este sentimento, uma vez que faz parte de um bom ambiente de cuidados e o conjunto de fatores é o que determina um valor satisfatório ou não no final.

Este relatório está organizado em seis secções com diferentes subsecções, o documento inicia-se com a presente introdução, seguindo-se a análise do contexto clínico e com uma análise de cada um dos contextos onde se realizou o estágio. Depois temos um capítulo referente à reflexão dos objetivos delineados e os contributos para a prática de enfermagem, com a devida fundamentação das atividades desenvolvidas, a avaliação das intervenções, e no quarto capítulo, uma análise das competências adquiridas. Por último, encontram-se as conclusões e as referências bibliográficas, descritas segundo as normas de referência da Associação Americana da Psicologia, (APA) (American Psychological Association, 2020). Como complementos ao texto, apresentamos, apêndices e anexos com documentos considerados pertinentes na

ilustração do discurso, assim como as ferramentas utilizadas, tendo em atenção a melhor compressão do leitor.

2. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O Estágio de Natureza Profissional decorreu em diversos campos clínicos, passando por todas as áreas de saúde da mulher, ao longo do ano letivo 2019-2020. No Semestre Impar, a primeira parte iniciou-se em setembro de 2019 na componente de Cuidados de Saúde Primários, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios, em Lisboa, com a duração de 6 semanas. Iniciava de seguida a componente de Cuidados Diferenciados, 6 semanas, no Serviço de Internamento de Grávidas e Ginecologia do Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada, e finalmente as últimas 6 semanas do semestre, decorreram no Bloco de Partos da Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa.

No semestre Par, a realização do Estágio de Natureza Profissional nos diversos campos clínicos, decorreu de forma mais complexa, devido á Pandemia da Covid-19, houve necessidade de alterações; o início foi em fevereiro de 2020 no Bloco de Partos da Maternidade Alfredo da Costa, onde estive a realizar estágio por mais 4 semanas. Depois de março até junho tinha de realizar o estágio no campo clínico de Puerpério e Bloco de Partos do HGO, mas com a chegada da pandemia da Covid-19 houve uma suspensão dos estágios nos hospitais.

Sendo natural das Ilhas Canárias, e tendo em conta a situação por que estávamos a passar a nível mundial, regressei à minha terra natal e foi pedido ao serviço de formação especializada de Tenerife a possibilidade de puder terminar o estágio. A resposta foi positiva. Assim, em junho de 2020, comecei as minhas últimas 8 semanas na sala de partos do Hospital Universitário Nossa Senhora da Candelaria, e em agosto terminei com 6 semanas no internamento de puérperas, também neste hospital.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Neste subcapítulo irei caracterizar cada um dos contextos clínicos onde decorreu a prática clínica, tendo a preocupação de descrever os recursos humanos e materiais, a estrutura física e alguns dados estatísticos que possam qualificar cada um dos contextos e ainda demonstrar a sua importância na aquisição e desenvolvimento dos objetivos e competências para o Estágio de Natureza Profissional. Irei também relatar

as atividades desenvolvidas em cada contexto onde realizei a prática clínica.

2.1.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sete Rios

O primeiro campo de clínico decorreu nos cuidados de saúde primários. Foi desenvolvido na Unidade de Cuidados de saúde Personalizados (UCSP) de Sete Rios que pertence ao Agrupamento dos Centros de Saúde Lisboa Norte, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal.

Este centro de saúde, iniciou sua atividade em 2007, e funciona em horário de 2ª a 6ª das 08.00h às 20.00h, localizado no Largo Professor Arnaldo Sampaio, 1549-010 Lisboa. Tratasse de um recurso sanitário “mega” que abrange uma parte importante da população desta área. Conta com um total de quase 74.000 utentes inscritos. Tem uma dotação de recursos humanos e materiais adequada as necessidades da população que abrange (SNS, 2019), A equipa é composta por 40 médicos, sendo 11 internos, 23 enfermeiros dos quais dois (2) são EEESMO, 10 assistentes operacionais, três (3) assistentes sociais, dois (2) psicólogos, três (3) higienistas orais e 19 secretários clínicos, distribuídos nas diferentes áreas de assistência (SNS, 2019).

A estrutura física, tem um espaço muito amplo, localiza-se num prédio de 6 andares para uso exclusivo como centro de saúde, projetado para a assistência e coordenação do trabalho de todos os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar. O prédio está estruturado de forma que as urgências e as consultas da saúde se encontram no primeiro andar, para facilitar assim aos utentes a acessibilidade. Nos últimos andares encontram-se as áreas de administração e relações sociais, que não são tão concorridas como as outras e dispõem de elevador e de escadas.

O espaço está distribuído em várias salas para tratamentos, consultas médicas, uma área específica de vacinação, tanto nacional, como a internacional, um serviço de higiene oral, a área de pediatria com consultas médicas e de enfermagem dirigidas especificamente para as crianças; além do serviço de atendimento ao adolescente, o “Aparece” em que a atenção está voltada para a população de entre os 12 e os 24 anos (Aparece - SNS , 2019). Por último, possui uma área específica para atender as mulheres, chama-se “Consulta de Saúde Sexual e Reprodutiva”, onde desenvolvi o meu estágio.

Como é esperado, a partir de uma população tão grande, essa unidade básica de saúde possui um importante censo de mulheres em idade fértil, aproximadamente 17.500 mulheres registadas. Para atendê-las, há cinco (5) tipos de consultas, duas de

enfermagem e três médicas, equipadas com todo ou material necessário para a assistência. Como recursos humanos nesta parte, existem dois EEESMO e vários médicos treinados especificamente na área que desenvolvem parte da sua agenda diária nessas consultas.



Figura 1 - Inscritos na UCSP Sete Rios

Fonte: (Serviço Nacional de Saúde, 2019)

Os objetivos que o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora suscita nesta fase da formação vão ao encontro ao que a Ordem dos Enfermeiros define como competências a adquirir e desenvolver pelos enfermeiros especialistas:

- Promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.
- Diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.
- Providenciar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis.

- Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de aborto.
- Diagnosticar precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de aborto.
- Providenciar cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de aborto.
- Promover a saúde da mulher e RN no período pós-natal.
- Diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.
- Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

(Departamento de Enfermagem, 2019)

Todos eles foram atingidos neste período, embora nem todos na mesma profundidade e sob todos os pontos de vista inicialmente levantados., nomeadamente, as situações de aborto que ocorreram a esta UCSP Sete Rios, foram encaminhadas diretamente ao departamento de urgências obstétricas e ginecológicas do Hospital Santa Maria, em Lisboa, razão pela qual não posso fazer uma análise aprofundada deste tópico.

De todos os objetivos e tópicos que podiam ser abarcados vou destacar de uma maneira especial os que mais focaram o meu desenvolvimento, pois eram os principais motivos de consulta das mulheres. Por um lado, a questão do planeamento familiar enquanto ao uso de contraceptivos, a educação em saúde sexual e a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Já em 1994, na Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo, muitos países, entre eles Portugal, assumiram o compromisso de investir na promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva. A maioria (85%) da população portuguesa faz contraceção (George, 2010). A DGS promove a disponibilidade de meios de acesso universal as consultas e métodos contraceptivos, incluindo a contraceção de emergência, o que é uma ação eficaz para o controle de ISTs e gestações indesejadas (George, 2010).

Cerca de 2.7% da população portuguesa com 18 ou mais anos está infetada por Chlamydia Trachomatis e 2.4% tem sífilis segundo os dados do Instituto Serológico

Nacional em 2017 (ISN, 2015-2016). Isto é apenas um reflexo do facto de que as ISTs ainda estão na ordem do dia e que o trabalho de prevenção é da maior importância.

Desde há vários anos, que Portugal é um dos países da União Europeia que apresenta mais gravidezes na adolescência (Assembleia da República, 2001). Em 2018, foi registado um total de 2028 gravidezes entre as mulheres com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2018) a maioria dos quais não estavam planeados.

Da mesma forma, a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) regista um total de 15.492 interrupções (Contemporâneo, 2017), que também aqui se verifica a importância e a necessidade de educação para a saúde sexual. Pareceu-me que neste sentido o trabalho da EEESMO nas consultas de cuidados de saúde primários tem uma grande importância e por isso deve ter formação e atualização, para além disso esta consulta serve também para sensibilizar e envolver as senhoras que a ela recorrem na gestão da sua própria saúde e para as atrair para o sistema de saúde.

Assim, outra questão a ser abordada e destacada neste relatório é o programa de rastreio e deteção do Papiloma Vírus Humano (HPV). Achei interessante como havia uma grande diversidade de informação e conhecimentos sobre esta doença na população que acompanhei. Muitas das mulheres que frequentaram a consulta tinham sido vacinadas contra o HPV, uma vez que esta vacina foi incluída pela primeira vez no Plano Nacional de Vacinação em 2008, pertencendo assim às gerações a partir de 1995, embora mais tarde, numa tentativa de alcançar uma maior proteção, seja feita uma recuperação e as mulheres nascidas em 1992, 1993 e 1994 sejam incluídas (Serviço Nacional de Saúde, 2008). Achei curioso que muitas delas estivessem protegidos sem saber do que se tratava a vacina ou o que era o HPV. A conclusão a que cheguei é que muitas vezes as raparigas não estão ativamente envolvidas na sua saúde, são "rotineiramente" vacinadas, esquecendo a parte da educação sanitária. Mulheres que nunca tinham realizado um teste de Papanicolau e que eram sexualmente ativas e até se envolveram em comportamentos de risco, também vieram à consulta. Por conseguinte, a necessidade de informar a população é reafirmada. É verdade que também estavam muito informados, com conhecimentos atualizados e um bom acompanhamento da sua saúde sexual.

A prevenção e a informação são fundamentais em matéria de saúde, por isso, a partir dos cuidados de saúde primários, vamos informar. Por outro lado, este relatório é

centrando, mais no tema escolhido, quando cheguei à prática este centro de saúde estava a iniciar um objetivo; o desenvolvimento de um programa de preparação para o parto destinado às mulheres que cumprem critérios específicos de inclusão, nomeadamente, mulheres entre os 16 e 25 anos, primíparas, e especialmente com referência social. O perfil era: mulher grávida, que não tinha planeado esta gravidez, entre 18-20 anos, e com poucos recursos económicos. Algumas delas com referência social. Senti que desta forma não se pode dar a oportunidade de ter salas de aula de preparação do parto para todos aqueles que as querem, mas que, por sua vez, faz sentido, porque o centro de saúde de Sete Rios não tem os recursos para cobrir toda a população de mulheres grávidas que nele estão inscritas, assim, pelo menos, assegura a sua disponibilidade para aquelas que mais precisam, dada a sua situação. Além disso, as opiniões, dúvidas e questões levantadas por futuras mães "adolescentes" ou com gravidezes não planeadas são diferentes das de mães mais adultas ou com gravidezes desejadas.

O plano de atividades que foi desenvolvido durante as 6 semanas de estágio foi apresentado pela coordenadora do serviço e elaborado por mim seguindo o seu guião. A ação e intervenção de toda a equipa multidisciplinar foi contemplada e são dirigidas à mulher grávida e à sua pessoa de referência durante este processo, (casal, mãe, irmão ou irmã, amigo...). São ensinadas principalmente pelo EEESMO, que realiza a maioria das aulas. Os cursos estão organizados em duas componentes, por uma parte teórica e outra parte prática sobre o que foi aprendido de forma teórica, bem como uma série de orientações, movimentos e ginástica básica para mulheres grávidas, nomeadamente, massagem perineal, movimentos para favorecer a mobilidade das pélvis e exercícios com Bola de Pilates.

Os temas estavam centrados na gravidez, parto e no pós-parto, principalmente; legislação, preparação da mala e enxoval, alerta e sinais de ida para a maternidade, tipos de parto, cuidados ao recém-nascido, pós-parto imediato, métodos farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor, amamentação e o regresso a casa (Apêndice 1). Em colaboração com uma fisioterapeuta, foram realizadas palestras pontuais de saúde na gravidez, mobilidade e como melhorar a flexibilidade e a preparação para o parto. A sessão oferecida pela psicóloga abordou as mudanças que ocorrem durante o processo de transição para ser mãe, quais são os sinais de alerta a serem considerados, pois a família deve ser um apoio e um ponto de estabilidade emocional para a gestante. Por

fim, as sessões da higienista oral reforçam a importância do cuidado e do acompanhamento da saúde buco-dental na gravidez. Portugal desde 2013, por meio do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Serra Leal da Costa, publica no Diário da República que o SNS possui um serviço de assistência odontológica para mulheres durante a gestação. Para isso, as futuras mães têm direito a três exames de dentista, ou seja, três consultas de saúde oral gratuitas que podem usar desde o parto até 60 dias após o parto (Diário da República, 2013). Esse aspecto pareceu-me muito positivo, pois durante a gravidez é um momento em que os dentes sofrem muitas alterações e danos, resultando em infecções, perda de partes e com problemas no padrão nutricional.

Em relação ao acompanhamento nessas sessões, reconheço que esperava que essas mulheres, dada a situação em que a gravidez se estava a desenvolver, tivessem mais apoio familiar. Algumas delas estavam acompanhadas pelo parceiro, enquanto outros eram acompanhados principalmente por suas mães ou avós. Infelizmente, a maioria foi sozinha. Quando perguntamos em algumas das sessões quem levariam no momento do parto, a maioria ainda não tinha ideia de quem seria a pessoa escolhida, e alguns até alegaram que iriam sozinhos. É sabido que ainda há falta de preparo e informação para que os homens possam participar de forma eficaz no parto (Assunção Moreira, Nunes Mariz, Silva Almeida, & da Cruz Santos, 2015); mas acredito que seja pelo futuro pai, ou por ser mãe, ou por qualquer pessoa no ambiente da mulher, se ela está bem acompanhada em seu trabalho de parto, e tem sido a pessoa que acompanhou todo o processo de gravidez reforçará sentimentos de confiança e apoio no momento do parto.

Em conclusão, essa etapa nos cuidados de saúde primários foi o primeiro contato com a futura profissão, a qual se tem mostrado muito enriquecedora. Acho que é a melhor prática para começar neste "mundo". Tem me ajudado a entender e fortalecer o conhecimento que na parte teórica do Mestrado foi visto, mas que acredito ser na prática onde eles estão consolidados.

2.1.2. Hospital García de Orta - Serviço de Internamento de Grávidas e Ginecologia

O segundo campo clínico visava a parte integrante do cuidar da mulher para além da parte materna, centrando-se na parte ginecológica. Para esta rotação, escolhi

o Hospital Garcia de Orta (HGO), que tem um serviço misto para mulheres com patologia da gravidez e do foro ginecológico.

O HGO, está localizada no Distrito de Setúbal, em Almada, na margem sul do Rio Tejo, e mais especificamente, na Avenida Torrado da Silva, 2805-267, Portugal. É uma unidade de saúde de terceiro nível, que abriu e iniciou a sua atividade ao público em 1991, há 28 anos, substituindo o antigo Hospital da Misericórdia em Almada.

É diferenciado como o hospital central da margem sul do Tejo, servindo atualmente uma população de cerca de 350 mil habitantes e sendo um ponto de referência especialmente nas áreas de neonatologia e neurocirurgia. Tem um total de 545 camas e cerca de 2500 profissionais, distribuídos pelas diferentes áreas de especialidade (Hospital García De Orta, E.P.E., 2016).

Relativamente à área da maternidade e a ginecologia, o HGO tem várias instalações de internamento para este sector, e desde 2005 foi acreditado como Hospital Amigo dos Bebés pela UNICEF, sendo o primeiro hospital em Portugal a receber esta acreditação (Hospital García De Orta, E.P.E., 2016). Tem condições para prestar assistência às mulheres em todas as suas áreas, tem uma sala de partos e um serviço de urgência obstétrica e ginecológica no primeiro andar. No quinto andar situa-se o Serviço de Ginecologia, Gravidas Patológicas e Serviço de Puerpério no quinto andar, as consultas de vigilância da gravidez estão situadas no primeiro piso no espaço das consultas externas.

Em primeiro lugar, em relação ao que experienciei no internamento de grávidas e ginecologia, a área está dividida num serviço destinado exclusivamente a este sector da população. Tem um total de quatro salas de ginecologia com três camas cada, portanto 12 camas destinadas a mulheres com problemas ginecológicos que necessitam de assistência, seja ela cirúrgica ou não. Depois encontrámos sete quartos dedicados aos cuidados durante a gravidez, nos quais existem quartos triplos e quartos duplos que são distribuídos de acordo com o motivo da admissão e de acordo com as necessidades do serviço. Durante a minha estadia na unidade, os primeiros quartos eram destinados para uma monitorização mais apertada da gravidez, nomeadamente, ameaças de partos pré-termo, e restrições de crescimento fetal. Especialmente porque estavam mais perto da casa de banho, estando estas mulheres, na sua maioria, em repouso. Depois as camas 16, 17 e 18 eram ocupadas por aquelas mulheres que vão induzir o trabalho de parto. Finalmente, no final do corredor encontramos dois quartos

para apenas duas pessoas com casas de banho individuais, o que as tornou ideais para aquelas mulheres que tinham um processo de gravidez mais complicado, que precisavam de isolamento ou de um descanso mais rigoroso, além de serem quartos em que eram admitidas mulheres com perdas gestacionais, interrupções médicas ou naturais da gravidez, e que precisavam de mais de privacidade.

A equipa de enfermagem que assiste estas mulheres é constituído em grande parte por enfermeiras especializadas na área (12 EEESMO), especialmente para a parte de obstetrícia. Há enfermeiras generalistas (oito (8) enfermeiras) e um grupo de oito (8) assistentes operacionais. E da parte médica contam com quatro (4) médicos internos da especialidade.

As mulheres são admitidas neste serviço por várias razões, como já indiquei, por patologia obstétrica, ginecológica e para indução farmacológica do parto. Quanto à organização do espaço, este está muito bem distribuído, tendo em conta as razões de admissão de cada um deles, mas quanto ao apoio, suporte e disponibilidade de espaços e intimidade, torna-se bastante complicada para que cada utente possa ter acompanhante.

Nos quartos, os maridos e familiares só podem entrar durante as horas de visita, à tarde, pelo que a maioria delas está sozinha em processos muito complicados. Em casos de perda gestacional, é verdade que na maioria das vezes foram acompanhadas, mas por exemplo nas induções, as mulheres estão sozinhas, sem ninguém para as ajudar naqueles primeiros momentos de dor, medo, incerteza.

Na minha opinião, a partir deste momento em que a senhora entra para desencadear o nascimento, o casal deveria fazer parte ativa deste processo, estar ao seu lado e dar-lhe a segurança e o apoio que necessita, de facto, penso que desta forma as induções seriam mais eficazes. Infelizmente, compreendo que a infraestrutura não permite a realização deste acompanhamento tão próximo.

2.1.3. Maternidade Alfredo da Costa – Bloco de Partos

O primeiro contacto com a sala de partos teve lugar na Maternidade Dr. ^o Alfredo da Costa (MAC). A MAC é uma grande instituição de Obstetrícia em Portugal, que cuida das mulheres desde 5 de dezembro de 1932, quando abriu as suas portas. É um belo e emblemático edifício localizado no centro de Lisboa, no coração da capital Portuguesa. Integra o Centro Hospitalar Lisboa Central.

Entre 1932 e 2005, a MAC viu nascer um total de 540 mil bebés aproximadamente, tornando-o na mais antiga e maior maternidade em Portugal. O nome presta homenagem a um pioneiro em Obstetrícia e ao primeiro que iniciou a luta para a construção deste hospital, o Dr. Manuel Vicente Alfredo da Costa.

Este edifício tem atualmente 300 camas, 250 camas para obstetrícia e 50 camas para utentes do foro ginecológico. Acolhe também uma secção para consultas externas e acompanhamento da gravidez e da saúde da mulher (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2020). Hoje é uma referência em Lisboa, sendo o berço de muitas crianças, em 2017 houve 3673 nascimentos na MAC (Campos, 2018).

A equipa de saúde da sala de partos é constituída por, 20 EEESMO e 15 médicos. Todos eles são coordenados em diferentes grupos de ação para colaborar ou dar apoio tanto a sala de parto como o serviço de urgência obstétrica e ginecológica.

Embora a maternidade tenha mais de 80 anos, foi totalmente reformada e atualizada, com um total de 11 salas de parto, completamente equipadas, e uma sala de reanimação neonatal, com dois berços de reanimação e uma incubadora de transporte, caso seja necessário a transferência de algum recém-nascido. Em cada uma das salas de parto, são realizados partos eutócicos e os partos distócicos (ventosa, fórceps ou cesariana) ocorrem no bloco operatório no piso superior.

Sendo uma estudante estrangeira e querendo tanto viver esta aventura de estudar noutro país, que é o que realmente me excita, penso que ir para esta maternidade materializou de uma forma muito bonita o sentimento de obstetrícia. A verdade é que fiquei surpreendida com a qualidade dos cuidados que ali prestavam, o equipamento e o pessoal que possuíam, e o nível de assistência. Sendo um centro hospitalar, que está aberto 24 horas por dia, todos os dias da semana e do ano.

Na sala onde ocorre o parto, as mulheres podem contar com a companhia de uma pessoa do seu interesse durante todo o processo de parto, desde o momento em que chegam até duas horas após o nascimento, o que é conhecido como pós-parto imediato. O acompanhante só sai da sala quando o anestesista vai fazer a técnica da epidural, se a mulher o desejar, ou se o parto por algum motivo tiver de ser instrumentado ou por cesariana, o resto do tempo ela pode contar com a sua presença.

Outro ponto positivo da MAC é o tipo de anestesia epidural que utilizam. Habituada à epidural contínua que sempre tinha visto nos serviços de parto por que tinha trabalhado, a "Walking Epidural" pareceu-me ser a melhor técnica para a dor, em

que permite que a mulher possa deambular, há liberdade de movimento e o seu acompanhante pode participar ativamente durante o trabalho de parto com diversas atividades, nomeadamente, dançar, massajar e fazer movimentos com a bola.

As duas oportunidades que tive para realizar o estágio na MAC foram sem dúvida muito enriquecedoras. Consegui materializar muitos dos conceitos aprendidos nas aulas teóricas e atingi os objetivos estabelecidos para a primeira e segunda incursão nas salas de parto.

2.1.4. Hospital Universitário Nossa Senhora da Candelária, Santa Cruz de Tenerife – Bloco de Partos e Puerpério

Finalmente, todo este processo de estágio terminou no Hospital Universitário Nossa Senhora da Candelária (HUNSC), localizado em Santa Cruz de Tenerife, capital da ilha. É um dos dois principais hospitais da província, sendo o que atualmente recebe o maior número de nascimentos. Este hospital tem cerca de 1066 camas, que se dirigem a todos os campos médicos, sendo um hospital de terceiro nível, uma referência para a província de Santa Cruz de Tenerife.

Quanto à área que estamos a tratar, a HUNSC tem uma equipa de 65 EEESMO, 6 salas de parto, uma área de emergência obstétrica e ginecológica, e dois andares localizados no 3º andar do hospital, dedicados tanto à patologia ginecológica como à patologia pós-operatória. (Servicio Canario de Salud, 2018). Em 2018 foi registado um total de 2854 nascimentos, dos quais 2353 foram partos vaginais e 501 (17,55%) cesarianas (SCS - Serviço Canário de Saúde, 2020).

Em particular, tive a oportunidade de fazer aqui a minha formação pós-parto e em Bloco de Partos. Por um lado, o puerpério está organizado num andar, o terceiro sul, onde há um total de 17 quartos duplos para patologia obstétrica, interrupção da gravidez ou puerpério imediato até à alta do hospital (24-48 horas após o parto). Neste andar há sempre um (1) EEESMO, dois (2) enfermeiros generalistas, e dois (2) médicos em cada turno. Dentro da unidade há uma sala de exames ginecológicos, um aparelho de ultrasonografia, e uma sala de registo cardiográfico (RCTG).

Por outro lado, a sala de partos é composta, como mencionado acima, por seis (6) salas de parto, todas equipadas com uma cama obstétrica conversível com pernas e multiposições, um RCTG, um berço de reanimação neonatal, uma casa de banho privada e o equipamento necessário para a conversão do espaço se houver

necessidade de fazer partos instrumentais (fórceps e ventosa). Sendo as intervenções instrumentais, assistidas por ginecologistas, e efetuadas nesta mesma sala. Existe também uma sala de registo "expectante", na qual, quando as mulheres chegam para cuidados de emergência, se precisarem de um RCTG para avaliar a situação, a mesma é realizada nesta sala.

Portanto, há normalmente seis (6) EEESMO na sala de parto por turno, uma (1) EEESMO para cada duas salas de parto (Relação 1:2), duas (2) EEESMO para a sala de espera, que transportam o que também é urgente, tais como a assistência em cesarianas e cuidados instrumentais. E mais uma (1) EEESMO que se encontra na triagem de emergência. Finalmente, é de notar que nesta situação do Covid-19 que passámos enquanto decorriam as práticas, a sala de partos número um (1) foi sempre uma referência para os doentes positivos ou suspeitos de terem o vírus, isolando assim o resto das salas de partos.

Neste hospital, como na MAC, as mulheres podem ser acompanhadas em qualquer altura por quem quiserem, e incluído no pós-parto imediato e ao serem transferidas para o serviço do internamento do puerpério. Os pais permanecem durante a estadia da mulher com o bebé em todos os momentos. Isto é muito positivo, porque elas estão cansadas, com dores, e precisam de ajuda para si próprias e para cuidarem do bebé. Penso que isto permite as mães recuperarem melhor, não se sentindo sozinhas, com medo, e permite ainda ao casal, caso seja a figura paterna o acompanhante, permite participar plenamente neste evento, e iniciar uma ligação direta com o bebé.

2.2. METODOLOGIA

Neste ponto iremos descrever a metodologia que foi utilizada durante a realização do Estágio de Natureza Profissional, relatámos os objetivos gerais e específicos que nos propusemos adquirir, a população que foi alvo dos nossos cuidados e ainda o método de aprendizagem que foi desenvolvido.

Objetivos

No decurso do Estágio de Natureza Profissional, devem ser adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e competências comuns dos Enfermeiros Especialistas. Desta

forma, temos como objetivos gerais:

- Adquirir competências específicas durante a prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica que me permitam cuidar a mulher inserida na família e comunidade:
 - a) no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
 - b) durante o período pré-natal;
 - c) durante o trabalho de parto;
 - d) durante o período pós-natal;
 - e) durante o período do climatério;
 - f) a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; (OE, 2019)
- Adquirir competências comuns dos enfermeiros especialistas;
- Desenvolver competências de pesquisa através de um projeto de recolha de informação que pretende analisar a influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados às utentes.
- Descrever todas as atividades desenvolvidas no Relatório final para ser apresentado em provas públicas.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal na área da especialidade
- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
- Garantir um ambiente terapêutico e seguro.
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade
- Promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional
- Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período Pré-concepcional
- Providenciar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis
- Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de aborto

- Diagnosticar precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de aborto
- Providenciar cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de aborto
- Promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina
- Diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido
- Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto
- Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.
- Diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.
- Providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.
- Promover a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.
- Diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.
- Providenciar cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.
- Promover a saúde ginecológica da mulher.
- Providenciar cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.

Para além dos objetivos já mencionados, defini os seguintes objetivos, com base no tema que decide estudar mais especificamente:

- Desenvolver competências de pesquisa através de um projeto que pretende analisar a influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto.
- Identificar fatores sociodemográficos tenham relação com a dor, tempo e satisfação de TP.
- Identificar a duração de TP em gestantes acompanhadas e não acompanhadas durante este processo.
- Identificar o nível de dor e o uso de analgesia em mulheres acompanhadas e não acompanhadas durante o TP.

- Identificar o nível de satisfação das acompanhadas e não acompanhadas durante o TP.

População – alvo

Durante todo o período de formação pude prestar cuidados a mulheres de todas as idades, e especificamente para o que é referido na parte do estudo, com mulheres em idade fértil ou que tinham sido mães recentemente.

Pude acompanhá-las no processo da planificação familiar, como mulheres grávidas, mulheres no pós-parto, também tive oportunidade de partilhar com mulheres envolvidas no seu núcleo familiar e em processos após a maternidade. É de notar que a idade média das mulheres cuidadas durante a realização do Estágio de Natureza Profissional, em Portugal era de entre os 22-26 anos, enquanto que a idade média das mulheres espanholas era de entre os 30-35 anos.

Portanto, para o estudo da temática a abordar, foi definido como amostra todas as puérperas e mulheres mães, a quem prestei cuidados de enfermagem especializados durante o Estágio de Natureza Profissional no Hospital Nossa Senhora da Candelária, em Tenerife, Espanha.

Método de aprendizagem:

O método de aprendizagem desenvolvido para realizar este processo de prática clínica foi a supervisão clínica por enfermeiras especializadas na área da Saúde Materna e Obstétrica, todas elas com pós-graduação ou mestrado na área. No meu caso, todos os meus supervisores tinham vários anos de experiência no sector, tal como consta nos currículos que submeteram à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus durante o processo de estágio.

Em cada contexto prático, foram realizadas reuniões de acompanhamento, nas quais foram discutidos pontos que precisavam de ser reforçados, experiências que tínhamos tido nesses dias e que apresentavam pontos a refletir, dúvidas que surgiram, e como a minha formação estava a progredir.

Todas as reuniões foram presenciais, exceto as correspondentes às práticas que tiveram lugar no Hospital de Tenerife, que foram realizadas através da Plataforma Zoom, uma plataforma em linha que permite a videoconferência.

Finalmente, o método de avaliação foi realizado segundo uma ferramenta, feita

pela própria Universidade de Évora, na qual foram descritas as diferentes competências a alcançar em cada um dos campos e foi dado ao estudante um valor numérico final.

3. CONTRIBUTOS PARA A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A Enfermagem Baseada na Evidência é definida como *"a busca sistemática de uma resposta baseada na investigação que seja útil e relevante para a prática da enfermagem, mas que considere uma postura reflexiva e interpretativa que permita a utilização dos resultados da investigação na realidade particular do enfermeiro"* (Galvez Toro , 2018).

Durante décadas, esta prática tem sido assumida como a melhor base para a realização e verificação de que algo é eficaz ou não. Daí a importância deste trabalho e o fim do mesmo; poder verificar de que forma o acompanhamento no trabalho de parto tem influência para poder afirmar mais tarde que, como eu hipoteticamente considero, é benéfico.

Além disso, em relação ao tema a ser estudado em profundidade, encontrei várias formas de lidar com o parto, aspetos culturais em alguns casos, em que as mulheres preferem dar à luz sozinhas, ou com as suas irmãs, em lugar de envolver o pai neste momento. Há também diversidade nos hospitais, onde existem protocolos diferentes, uns mais permissivos do que outros, e ainda mais acentuados neste momento que estamos a atravessar com o Covid-19.

Por conseguinte, a melhor forma de contribuir para a prática de enfermagem com este trabalho baseia-se em perceber quais são os benefícios que o acompanhamento no trabalho de parto tem, a fim de defendê-lo e reforçá-lo como uma prática positiva. Em algumas situações, são as EEESMO o principal apoio, em que a mulher não só está num ambiente hospitalar e pouco familiar, contudo também está sozinha, mas não deve sentir-se assim, e menos num evento tão importante na sua vida.

3.1. CONCETUALIZAÇÃO: REVISÃO DA LITERATURA

Em Portugal, em 2019 nasceram 86.579 bebés (Pordata, 2020). A OMS diz que existem cerca de 140 milhões de nascimentos em todo o mundo, em mulheres que não possuem fatores de risco maternos ou neonatais (OMS, 2018). Isto traduz-se em muitas mulheres, dando à luz, ao cuidado dos profissionais de enfermagem. Algumas delas,

parem em melhores condições do que outras, com melhor controle da dor, graças à analgesia ou às outras medidas não farmacológicas adotadas, com um parto mais longo e cansativo ou mais curto e gratificante. Milhares de mulheres a parir felizes e satisfeitas com o que o parto significou nas suas vidas, ou, pelo contrário, milhares de mulheres horrorizadas porque esse processo "maravilhoso" lhes causou o maior trauma que experimentaram até agora.

Todas elas não viverão da mesma maneira a experiência, mas há conhecimento de que o conceito de acompanhamento no parto é algo ancestral, as mulheres sempre foram acompanhadas no momento do nascimento do seu filho, quer seja por um EEESMO, um familiar, ou uma pessoa significativa para ela. Mas algumas questões nos causam dúvidas, nomeadamente, o facto da mulher estar acompanhada ajuda a influenciar neste processo do parir?, Fortalece as mulheres?, Ajuda a lidar com a dor e a duração desse processo? E, num parto instrumental, a mulher gostaria de ser acompanhada? Teria benefícios?

Nos últimos anos, o conceito de dar à luz tem mudado, apesar de sua base inalterável como um processo íntimo e único para cada mulher. Nos anos cinquenta, esse evento ocorreu nas casas de parturientes, auxiliadas por outras mulheres, muitas delas conhecidas como parteiras, e acompanhadas principalmente por as suas mães e irmãs. Naquele momento, o pai ficou fora do parto e longe da mulher.

Como resultado, em 1966 começaram a ser publicados trabalhos sobre a desumanização do parto, chegando aos nossos dias com uma mudança nos modelos do que ainda hoje conhecemos como normal na sala de parto. Mais tarde, nos anos setenta, o parto foi levado ao hospital, onde a figura paterna ainda está longe da mulher, pois não fica com ela, a acompanhar. E pior ainda, agora também deixa de ser acompanhada por seus familiares (mãe, irmã) durante o processo de parir.

Atualmente, na maioria dos casos, todo o casal participa do processo de gravidez, parto e puerpério, e nas circunstâncias em que não existe ou não é a pessoa que a mulher quer para ficar consigo, é possível procurar apoio em outra pessoa ou pessoas significativas e com quem estabelece um relacionamento de empatia e confiança (Peláez & Gallego, 2014).

Além disso, ter a presença de um acompanhante no momento do parto, como já dissemos anteriormente, é algo ancestral, sendo uma situação em que as parturientes têm uma forte necessidade de se sentir-se mimadas, protegidas e acompanhadas.

Como afirma a OMS, a concepção de "normalidade" no parto hoje não é algo universal e padronizado. Especialmente nos últimos anos, houve uma medicalização do parto, aplicando diferentes técnicas que permitem iniciar, acelerar ou encerrar um processo que até agora era totalmente fisiológico, a fim de melhorar os resultados maternos e neonatais. O problema é que essa prática tende a enfraquecer a capacidade da mulher de dar à luz e afeta negativamente a sua experiência de parto, pois em muitos dos casos elas não podem ser acompanhadas (OMS, 1966 (2018)).

A Organização Mundial de Saúde, desde 1966, recomenda que os hospitais permitam a entrada de um acompanhante no parto (OMS, 1966 (2018)). E é sabido que a dor do trabalho de parto é um conceito universal, sendo também um conceito subjetivo, no qual cada um tem seu próprio limiar e sua maneira de superá-lo. Que também está relacionado à sua duração, ao uso e à quantidade ou não de analgesia / anestesia, satisfação percebida por essa experiência e, é claro, também relacionado ao fato de a mulher ser acompanhada ou não por uma pessoa de sua confiança (Botell & Bermú, 2012). Por esse motivo, foi elaborada uma lista de recomendações incluindo os direitos das mulheres no parto. No total, existem 56 pedidos que a OMS (2018) recomenda, dentre os quais encontramos como um dos principais, na recomendação n.º 3, o acompanhamento durante o trabalho de parto e o parto. Segundo isto, a mulher tem direito e é recomendável ter consigo pelo menos uma pessoa de referência da escolha da paciente.

Da mesma forma, a recomendação n.º 6, diz-nos que, embora não tenham sido estabelecidos padrões para a duração normal do trabalho de parto, a fase ativa do período de dilatação não deve exceder as 12 horas em primíparas e as 10 horas em múltiparas. Estes são alguns dos parâmetros que teremos em consideração ao avaliar como o acompanhamento contribui no trabalho de parto (OMS, 2018). Por outro lado, o documento (OMS, 2018) refere-se ao desconforto e controle da dor em vários pontos; 19 a 23; em que fornece as formas farmacológicas e não farmacológicas recomendadas para o tratamento da dor no trabalho de parto e que, juntamente com as diretrizes anteriores, ajudam os profissionais de saúde a prestar cuidados de qualidade, com critérios e melhores níveis de satisfação do paciente.

O acompanhamento durante o parto é parte integrante da estratégia de humanização do parto. O que consideramos como algo positivo para a mulher e criança que está a nascer; e que pode ou não influenciar em outros contributos, como o ritmo,

nível de dor e desconforto ou nível de satisfação com o qual o paciente termina este processo. Portanto, é importante observar e descrever a influência da pessoa significativa para quantificar quão transcendental é continuar com esse modelo de trabalho humanizado no qual as mulheres continuam sendo acompanhadas no trabalho de parto.

Esta revisão da literatura, tem como objetivo conhecer a influência do acompanhante no trabalho de parto e conhecer o nível de satisfação que as mulheres têm nesta experiência. A metodologia a seguir é baseada na evidencia científica com uma revisão bibliográfica dos dois principais focos deste trabalho. O acompanhamento no trabalho de parto e a satisfação das mulheres com os cuidados oferecidos.

A pesquisa bibliográfica foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2019, e foi examinada e revisada em janeiro de 2020. A pesquisa foi realizada nas bases de dados Cuiden Plus, CINHALL (através da EBSCO) PubMed, e Cochrane. Esta pesquisa foi realizada em inglês, espanhol e português. E a pergunta feita para obter todas as informações, seguindo a metodologia, PICO:

- Quais são os contributos do acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto, e qual o nível de satisfação da mesma?

Em que P (população) é mulher parturiente, I (Fenômeno de interesse) são os benefícios de acompanhar o nível de satisfação do paciente e Co (contexto) está em trabalho de parto. Na figura 2, apresentamos a metodologia PICO relacionada com as palavras-chave e descritores utilizados.

	Palavras-chave	Descritores
P (População)	Parturientes	Parturient Woman
I (Fenômeno de Interesse)	Acompanhamento Satisfação	Patient score service Continuous Support Patient satisfaction
Co (Contexto)	Trabalho de parto Parto	Labour Birth Delivery, obstetric

Figura 2 - Representação PICO/Palavras-chave/descriptores

Todos esses termos foram indicados como "Major topic" nos títulos e resumos dos artigos e foram utilizados em conjunto com os operadores booleanos "AND" e "OR" para obter o maior número de artigos relacionados a esses tópicos.

A seguir, foram aplicados critérios de inclusão, a fim de obter as evidências mais recentes e atualizadas possíveis, aceitando apenas as publicadas nos últimos 10 anos, em seres humanos, e que foram acessíveis ao texto completo gratuitamente por estudantes da Universidade de Évora.

De um total de 37 artigos identificados como relacionados ao assunto em questão, foi realizada uma primeira leitura do título, na qual os resultados foram reduzidos para 21 artigos. Em seguida, lendo os resumos, apenas 13 artigos foram selecionados para fazer uma leitura integral dos mesmos. Care Plus: 5 itens; CINAHL: 4 artigos; PubMed: 3 artigos; Cochrane: 1 artigo (Fig. 3).

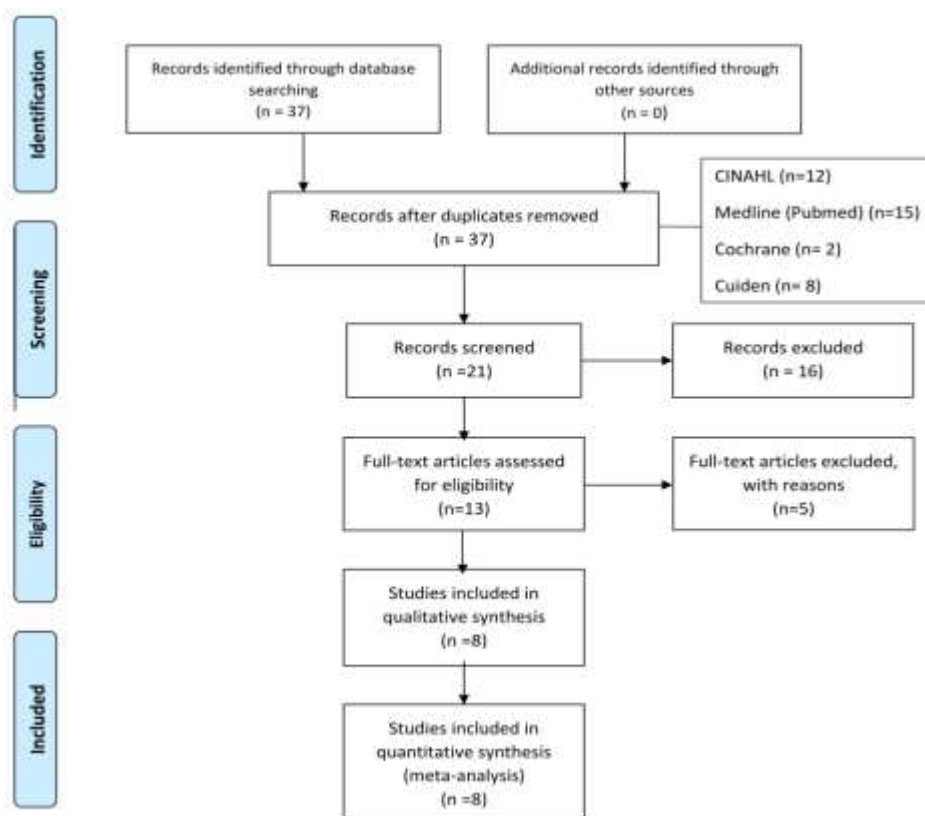


Figura 3 – Fluxograma de seleção dos artigos

Fonte: própria.

Desse total de 13 artigos, apenas 8 foram incluídos na base desta revisão de literatura, porque os outros 5 não estavam estreitamente relacionados com o assunto e não trouxeram novos dados para a revisão. A organização e análise dos artigos será

apresentada no Apêndice 2, de forma a sistematizar a informação pertinente recolhida em cada um dos artigos incluídos na revisão.

Após a leitura integral dos artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e de exclusão, procedemos á análise dos resultados, discussão e das conclusões dos artigos, com o apoio do Software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.7 alpha 2. Realizámos a análise com o apoio do Software de forma a organizámos e separarmos a informação, aumentando assim a eficiência e a facilidade na localização dos segmentos de texto, além de agilizamos o processo de codificação, comparando com o realizado manualmente (Souza, Wall, Thuler, Lowen, & Peres, 2018). Ainda na opinião de Souza et al. (2018), a utilização do software ajuda á codificação mantendo a seriedade e conhecimento, sem deixar que seja o investigador a conduzir todo o processo de análise e interpretação dos resultados.

Neste sentido organizamos o texto dos artigos de acordo com o protocolo do software, o corpus analisado foi constituído por 8 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), cada artigo é considerado uma UCI. Cada UCI iniciou-se com uma linha de comando definida: **** *art_01. Os artigos analisados originaram 452 Unidades de Contexto Elementares (UCE), destas o software classificou 307 segmentos de texto com um aproveitamento de riqueza de vocabulário de 67.92%, de onde emergiram 4 classes por Classificação Hierárquica Descendente (Figura 4), as quais nomeamos por:

- Tema 1 – Abordagem no Parto
- Tema 2 – Vinculação e acompanhamento
- Tema 3 – Papéis dos pais e os profissionais no nascimento
- Tema 4 – Apoio, apego e suporte

Ao observámos a figura 4, verificamos que ocorreram duas divisões principais no corpus, uma primeira divisão de onde surgiu a classe 1, a classe 3 e a classe 2 e uma outra divisão onde se originou a classe 4. Sendo que a classe 4 é a mais representativa com 32.9% do corpus, seguida da classe 1 com 30%, a classe 2 com 19,9% e finalmente a classe 3 com 17.3%. Verificamos também que a relação entre as classes também é importante de analisar, verificamos que a classe 4 fica mais afastada de todas as outras, seguida da classe 1, por outro lado a classe 2 e 3 são as que mantem uma maior proximidade.

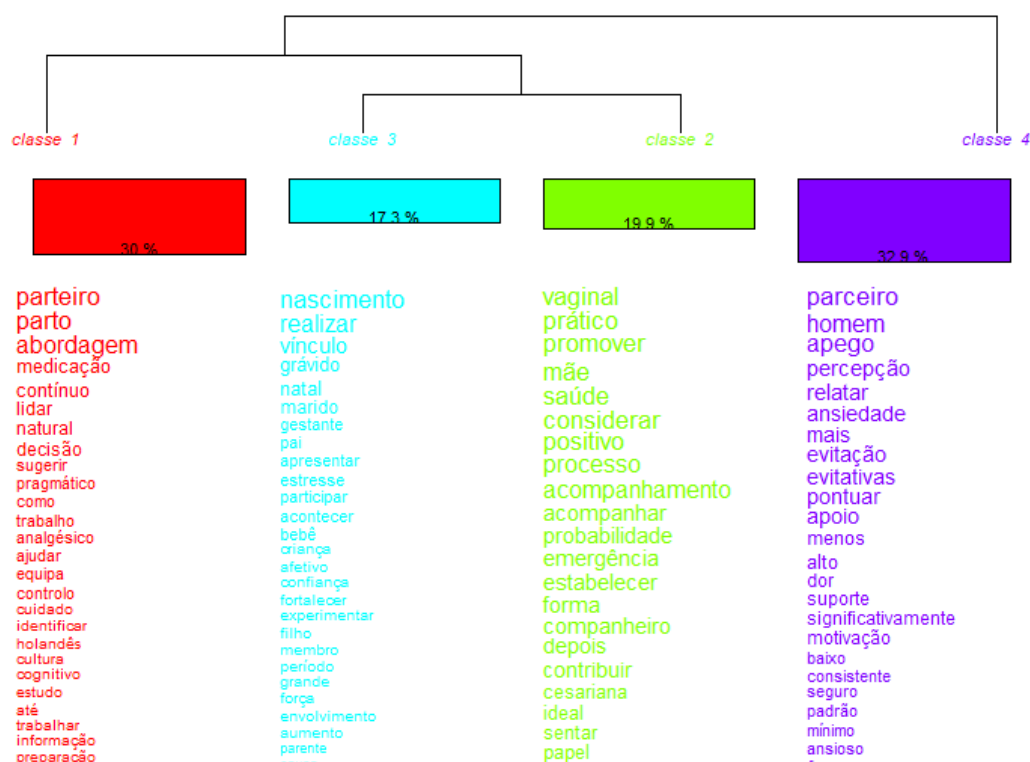


Figura 4 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Fonte: Iramuteq.

Após a análise dos artigos selecionados procedeu-se à interpretação dos mesmos de forma a conseguir dar resposta à questão de investigação: Quais são os contributos do acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto, e qual o nível de satisfação da mesma?

O acompanhamento está diretamente ligado em todos os artigos e publicações consultados para uma melhoria do estado basal das mulheres. É bem conhecido que o tipo de acompanhamento, tanto pessoal, ou seja, o escolhido pela mulher para a apoiar no seu processo de nascimento, como profissional, o pessoal que a assiste, mudou muito durante os últimos anos.

Tema 1 - Abordagem no parto

O parto é uma experiência que muda a vida das mulheres em qualquer parte do mundo, e em muitas culturas é concebido como um acto que está relacionado com medo ou ansiedade. Além disso, está provado que estes sentimentos são diminuídos quando o nascimento ocorre num ambiente familiar e acolhedor, tal como o calor de um lar ou a

confiança de estar acompanhado por alguém significativo. Em muitos países atualmente, por exemplo, na China há muitos casos em que as mulheres não podem trazer uma acompanhante à sala de parto, pelo que o apoio do pessoal de enfermagem é crucial para uma boa abordagem e uma experiência positiva, oferecendo um apoio contínuo (Wang, Song1, Xu, Hu, & Yingy, 2018).

Esse mesmo medo, está diretamente relacionado com a abordagem à dor, uma vez que a capacidade das mulheres para lidar com a dor é influenciada por diferentes fatores psicológicos e pelo apoio que têm na altura (Klomp, Anke , & Ank de Jonge, 2015). Por outro lado, o acompanhamento também tem influência noutras áreas como a hemorragia pós-parto "A taxa de hemorragia pós-parto era mais elevada nas mulheres desacompanhadas", a duração do trabalho de parto "As mulheres acompanhadas tiveram um trabalho de parto mais curto do que as mulheres desacompanhadas", enquanto que existem outros fatores em que não houve diferença significativa entre o acompanhamento e não ser acompanhado por uma pessoa significativa, tais como o índice Apgar do recém-nascido e a utilização de analgesia (Wang, Song1, Xu, Hu, & Yingy, 2018).

Tema 2 - Vinculação e acompanhamento:

Em relação à ligação que existe no momento do nascimento, sabemos que os futuros pais se preparam durante meses de uma forma emocional com o bebé que vai nascer, mas de uma forma física não o fazem até ao momento do nascimento. O facto de a mãe ser acompanhada na sala de parto pelo pai encoraja a materialização desta experiência, sendo um acontecimento importante para ambos.

O pai é, portanto, considerado como o parceiro de nascimento ideal, porque consolida este vínculo com a criança e também promove significativamente o nível de satisfação que se obtém com este evento. Desta forma, a mulher tem o seu apoio contínuo e tem um estímulo positivo a seu lado, o que também reduz as complicações (Garcia, Durán, Rodrigues; Begines & Moreno, 2014).

Ambos os artigos 7 e 8 comentam a importância deste apoio, e como isso influencia o seu nível de satisfação (Aguilar Cordero, Sáez Martín, Menor Rodríguez, , & Mur Villa, 2013). "As mulheres em trabalho de parto sentem-se solitárias e expressam a necessidade de apoio familiar e social, traduzido na satisfação do afeto e da companhia durante este evento" (Giraldo Montoya, González Mazuelo, & Henao López, 2015).

Além disso, e em relação ao estudo de "satisfação" (Aguilar Cordero, Sáez Martín, Menor Rodríguez & Mur Villa, 2013), fala de que as mulheres que têm um parto vaginal sem epidural estão mais satisfeitas do que as que tiveram analgesia deste tipo, e isto está diretamente relacionado com esta ideia de apoio eficaz da EEESMO. Com ela podemos identificar a qualidade da assistência, e permite a melhoria contínua dos especialistas, em relação ao apoio que tem de oferecer neste âmbito.

Tal como afirmam Giraldo Montoya, González Mazuelo, & Henao López (2015), o não acompanhamento de uma mulher num momento tão importante fá-las sentir-se negativas. A assistência é uma coisa positiva neste processo, reduz riscos, promove a ligação, proteção e apego entre pais e é também um direito fundamental das mulheres, uma vez que todas as mulheres têm o direito à informação, a dar ou reter o seu consentimento e a que as suas escolhas e decisões sejam respeitadas. Isto inclui o direito de ter com ela um parceiro à sua escolha durante o seu trabalho de parto e nascimento. Um companheiro de apoio ao parto deve ser autorizado a permanecer com a mulher, no mínimo, durante as consultas da gravidez e o parto. O bom suporte contínuo aumenta o parto vaginal espontâneo, encurta o trabalho de parto e diminui a probabilidade de uma cesariana entre outras intervenções médicas (Midwives, International Confederations of, 2020).

Tema 3 - Papéis dos pais e os profissionais no nascimento

No momento do parto, as diferentes pessoas à volta da mulher assumem um papel muito importante, embora não seja o principal neste momento. Por um lado, ao longo desta revisão, sempre falámos da importância de ter uma pessoa significativa ao seu lado, melhorando atitudes e comportamentos face à insegurança e desconfiança (Manrique de Lara Suarez & Miraval Tara, 2007). E depois encontramos a figura da enfermeira especialista, que tanto no processo de gravidez, parto e pós-parto, a parteira é de grande importância profissional, pois é ela que dá apoio social às mulheres durante os três momentos mencionados.

A EEESMO cria com a mulher uma relação de empatia, na qual, se o cônjuge estiver presente, ela se estende a toda a família. O papel aqui da EEESMO baseia-se em somar a sua formação e fornecer informações sobre a evolução do processo, necessárias para que a mulher grávida e o seu parceiro participem nas decisões relativas ao parto e ao pós-parto (Ramírez Peláez & Rodríguez Gallego, 2014). O artigo 1, obtém como resultado a diminuição da ansiedade e com ela uma possível depressão

posterior, aumentando o autocontrolo e o empoderamento da mulher neste processo de parto. Sem dúvida é positivo para o vínculo da tríade familiar e com ele as mulheres ficam mais satisfeitas. Além disso, o Artigo 2 mostra-nos como as mulheres grávidas se sentem mais seguras e mais confiantes com menos stress, reduzindo intervenções desnecessárias.

Tema 4 – Apoio, apego e suporte.

O apoio, o apego e o suporte que é dado em torno desta experiência, que é o nascimento, nos nossos dias, na sua maioria é fornecido pelo pai. O pai é relevante para estabelecer uma ligação entre o vínculo e o nascimento, uma vez que este tem lugar no contexto de uma relação romântica. Cada vez mais estão envolvidos neste processo, estão mais disponíveis durante a gestação, parto e pós-parto para cuidar, ajudar e tomar conta dos seus filhos (Wilson, & Simpson, 2016).

Em contraste com esta última ideia, o artigo 4 refere-se ao facto de que as mulheres que são acompanhadas beneficiam de apoio emocional em termos de redução do uso de analgesia e alívio da dor, e como também defende o artigo 5, as mulheres devem ter expectativas realistas sobre como lidar com a dor antes do nascimento, discutir possíveis dificuldades que surjam durante o trabalho ativo para decidir se deve ou não utilizar analgésicos, de modo a que não se trate apenas de acompanhamento por uma pessoa próxima de si, mas também que a EEESMO deve prestar um apoio eficaz desde o início, em relação à dor no parto e acompanhá-lo neste aspeto.

Também na nuvem de palavras (Figura 5), verificamos que a palavra mais saliente é parto, ou seja, é o parto que está no centro da atenção da mulher grávida e por conseguinte o nível de satisfação que fica ao redor dele, sempre relacionado com o apoio e o suporte que vai ter no momento do parto. Em muitos casos, como vimos, este é o ponto em que a maioria das mulheres concentra a sua ansiedade e medos, e torna-se um momento de incerteza que elas experimentam, bem como o bebé, durante os meses de gravidez. E no qual baseiam a sua experiência do que a maternidade significou para elas. Elas fazem suposições e ideias de como é que vai ser esse momento, e obviamente não sabem como será desencadeado até que aconteça.

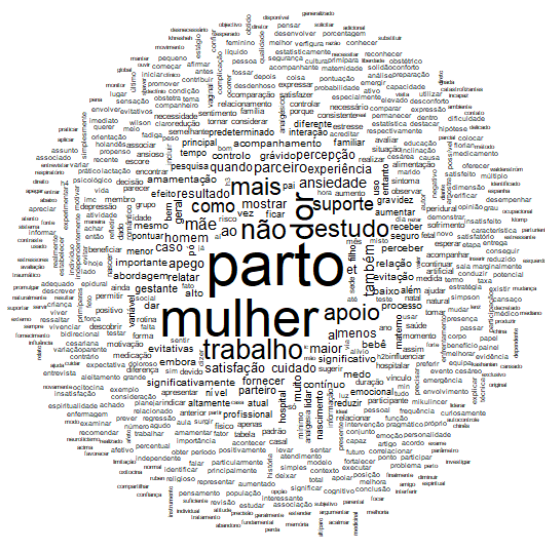


Figura 5 – Nuvem de palavras

Fonte: Iramuteq.

A revisão efetuada permitiu identificar a influencia que a presença de uma pessoa significativa tem no momento do parto para a mulher, em relação a fatores tão importantes como a dor, a satisfação e a vinculação. Existe consenso entre os autores e os diferentes artigos em que o acompanhante é um fator benéfico para elas e para os bebês, oferecendo às mulheres uma experiência de nascimento positiva e aumentando o nível de satisfação com que completam este processo.

O EEESMO deve apoiar, esclarecer e incentivar a que as mulheres possam estar acompanhadas em todo momento para diminuir as complicações, aumentar o apego a relação da tríade familiar. Assim como tanto as mulheres, como os acompanhantes devem ser informados sobre os fatores que podem interferir no parto, devem estar apoiados por um bom profissional que esclareça as dúvidas e sirva de suporte nas decisões e no processo do parto.

3.2. ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia, que vem do grego "méthodos", que significa método, e do sufixo "logia", que significa logos, ciência; refere-se à série de métodos e técnicas de rigor científico que são aplicados sistematicamente durante um processo de investigação, e desta forma alcançam um resultado teoricamente válido.

Trata-se um estudo transversal, retrospectivo. O tipo de amostragem é não probabilístico, já que é uma mostra de comparação sequencial, e a técnica consiste em a observação documentada dos casos e controles. Desta forma, é atribuído “mulheres com acompanhamento no parto” para o grupo casos e “mulheres sem acompanhamento no parto” ao grupo controle.

A fim de recolher a informação junto das participantes, foi construído um instrumento dividido em três secções, a Secção 1: Dados sociodemográficos, Secção 2: Dados da história obstétrica, da gravidez e do parto e a Secção 3: Escala COMFORTS para medir a satisfação das mulheres com os cuidados no parto e puerpério. Versão modificada e adaptada para o espanhol (Vivanco Montes et al., 2012) (Apêndice 3). Devido á situação epidemiológica, e de forma a evitar a circulação de papel, foi construída uma ferramenta online, através de "formulários Google" em que foi inserido o instrumento construído e aprovado pela comissão de ética (Apêndice 4).

Para avaliar a dor de parto, é utilizada a escala Visual analógica (EVA), que nos permite medir a intensidade da dor que descreve o paciente. Esta escala consiste de uma linha horizontal de 10 centímetros, em cujas extremidades estejam as expressões extremas de dor, graduando-se em simultâneo no medio as intermedias (Amezcu, Vega, & Garcia, 2017). Por outro lado, a escala de COMFORTS foi usada para medir a satisfação das mulheres com o cuidado durante o parto. Uma ferramenta que tem um total de 40 itens, divididos em 4 diferentes dimensões. As opções de resposta são do tipo Linkert, 5 pontos, sendo o intervalo de 40 a 200 pontos. Vinculando a maior satisfação para uma maior pontuação. (Vivanco Montes, y otros, 2012)

Por último, a duração do trabalho de parto será medida usando o tempo que é uma variável contínua, medida em horas.

A amostra foi obtida de forma aleatória e opcionalmente entre as mulheres que foram dar à luz durante o período de prática clínica no Hospital Universitario Nossa Senhora de la Candelaria, Espanha. Inicialmente, o estudo foi dirigido à população portuguesa, com a intenção de validar a escala COMFORTS para este país. Devido à actual situação pandémica, foi finalmente levada a cabo, como disse, em Tenerife, e foi feita com a colaboração de 118 mulheres.

Para os pedidos de autorização no início do ano letivo, foi necessário realizar um projeto baseado nas regras da Universidade de Évora (Apêndice 5) que tinha de cumprir requisitos éticos e legais específicos e ser aprovado pela Comissão de Ética da

Universidade de Évora, o qual obteve parecer positivo (Anexo 1).

Na situação de realização do estudo em Tenerife, e dado que já tinha o parecer positivo da Universidade de Évora, o pedido de autorização foi levantado na unidade de ensino de especialistas do hospital e fui informado verbalmente da aceitação do mesmo, sem ter de fazer procedimentos burocráticos específicos que atrasariam o tempo para iniciar o estudo, para além de ter uma autorização já aceiteada, vigente e legal.

3.3. RESULTADOS

Neste subcapítulo apresentamos a análise dos dados recolhidos, desmontando os resultados e realizando a interpretação de que forma contribuem para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados pelos EEESMO. Os dados foram tratados através do Software IBM® SPSS® Statistic (Statistical Package for the Social Sciences), versão 24. A análise estatística dos questionários foi realizada utilizando estatística descritiva, nomeadamente, frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão.

O instrumento de pesquisa utilizado neste estudo foi sujeito a uma verificação das qualidades psicométricas para a população espanhola, através do Coeficiente Alfa de Cronbach, que é usado pela maioria dos pesquisadores para a avaliação da consistência interna de instrumentos e reflete a variância entre os itens de uma escala, entre valores de 0 e 1 (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). A fim de conhecer a fiabilidade deste instrumento, foi calculado o coeficiente Alfa do Cronbach. Para isso seguimos o conceito de Souza, Alexandre e Guirardello (2017), e consideramos que o valor mínimo aceitável para o coeficiente alfa do Cronbach é de 0,7; abaixo desse valor a consistência interna da escala será chamada de baixa e um valor mais alto será chamado de alta consistência interna. Este valor mostra a correlação entre cada um dos itens; um valor superior a 0,7 revela uma forte relação entre os itens, um valor inferior revela uma fraca relação entre elas.

Após a aplicação do instrumento aos 118 participantes, verificámos que o coeficiente alfa do Cronbach era de 0,958, o que significa que existe uma elevada fiabilidade global do instrumento (Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em elementos padronizados	No. de itens
0,958	0,959	40

Também analisámos este coeficiente independentemente para cada uma das quatro dimensões incluídas no instrumento (Cuidados durante o período de parto, cuidados pós-parto, cuidados ao recém-nascido e logística e meio ambiente), e obtivemos resultados superior a 7, o que também indica uma forte relação entre os itens de cada uma das dimensões (Tabela 2), valores muito semelhantes á escala original versão espanhola, demosntarndo assim uma boa consistência interna.

Tabela 2 - Estatísticas de confiabilidade por categorias de instrumento

Categoria	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em elementos padronizados	Nº de itens
Dimensão 1 - Cuidados durante o período de parto	0,934	0,938	13
Dimensão 2 - Cuidados no puerpério	0,956	0,956	11
Dimensão 3 - Cuidado do recém-nascido	0,951	0,951	10
Dimensão 4 - Logística e meio ambiente	0,806	0,810	6

Características sociodemográficas

Foi incluído um total de 118 mulheres no período pós-parto. As participantes tinham idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos, sendo que a maior parte (39,8%) tinha entre 36-40 anos de idade (Figura 6).

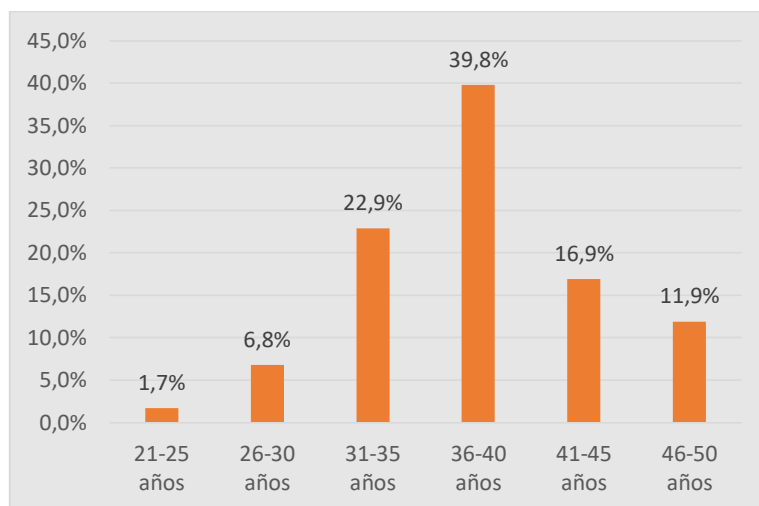


Figura 6 – Gráfico: Idades

Relativamente às outras variáveis sociodemográficas que recolhi para caracterizar a amostra, verifiquei que a maioria tem como estado civil casada (78%), tem nacionalidade Espanhola (94,9%) e na maior parte (48,3%) tem como habilitações literárias uma Formação Universitária (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas

Características sociodemográficas (N = 118)		
Estado civil	Solteiro, n (%)	19 (16,1%)
	Casado, n (%)	92 (78%)
	Separado, n (%)	6 (5,1%)
	Viúva, n (%)	1 (0,8%)
Nacionalidade	Português, n (%)	1 (0,8%)
	Espanhol, n (%)	112 (94,9%)
	Italiano, n (%)	5 (4,2%)
Nível de educação	Primário	1 (0,8%)
	Secundário, n (%)	4 (3,4%)
	Bacharelato, n (%)	9 (7,6%)
	Formação profissional, n (%)	30 (25,5%)
	Educação universitária, n (%)	57 (48,3%)
	Educação universitária, n (%)	17 (14,4%)

Características Obstétricas

Relativamente á informação clínica da história obstétrica da gravidez e do parto que recolhemos das participantes, verifiquei que a maioria (57,63%) das participantes estava a experimentar o seu primeiro parto (Figura 7).

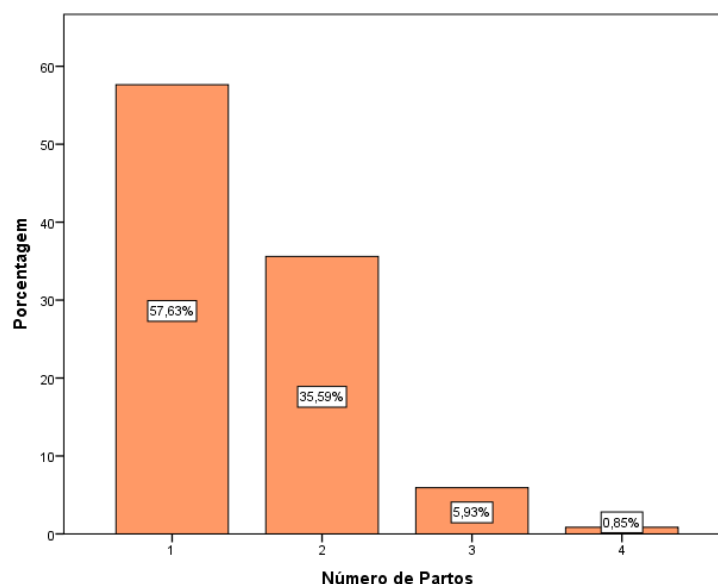


Figura 7 - Características sociodemográficas.

Recolhi também informações sobre outras variáveis relacionadas com a história obstétrica (Tabela 4). Observei que a maioria (58%) era primípara, realizou preparação para o parto (78,8%) e não apresentou plano de parto (53,4%). Relativamente á analgesia, a maioria (76,3%) realizou analgesia farmacológica e destas, a maioria (69,5%) realizou analgesia Epidural. Verifiquei ainda, que a maioria (65,3%) teve um início de trabalho de parto de forma espontânea, terminando em parto Eutócico na maioria (70,3%) das situações.

A duração do trabalho de parto foi contabilizada em horas e neste sentido as participantes tiveram uma média de 11,27 horas em trabalho de parto com um desvio padrão de 9,8 horas. Verificámos também que a maioria (90,7%) teve a oportunidade de ter um acompanhante ao longo do trabalho de parto.

Tabela 4 - Características clínicas

Características clínicas (N = 118)		
Nascimento	Primípara, n (%)	68 (58%)
	Múltiparas, n (%)	50 (42%)
Preparação para o parto	Sim (%)	93 (78,8%)
	Não (%)	25 (21,2%)
Plano de nascimento	Sim (%)	55 (46,6%)
	Não (%)	63 (53,4%)
Analgesia Farmacológica	Epidural, n (%)	82 (69,5%)
	Via intravenosa, n (%)	8 (6,8%)
	Não (%)	28 (23,7%)
Analgesia Não Farmacológica *	Sim (%)	10 (8,5%)
	Não (%)	108 (91,5%)
Trabalho de parto	Espontâneo, n (%)	77 (65,3%)
	Induzido, n (%)	41 (34,7%)
Tipo de parto	Vaginal, n (%)	83 (70,3%)
	Cesariana, n (%)	14 (11,9%)
	Fórceps, n (%)	16 (13,6%)
	Ventosa, n (%)	5 (4,2%)
Duração do trabalho (horas)	M (desvio padrão) **	11,2 (9,8)
Acompanhamento	Sim (%)	107 (90,7%)
	Não (%)	11 (9,3%)

* A anestesia NÃO farmacológica inclui terapias de alívio da dor como o uso de água quente, aromaterapia, musicoterapia, etc.

** Apenas 112 pacientes foram avaliados quanto ao tempo, pois nas outras seis, os dados não estavam disponíveis.

Das mulheres participantes que tiveram a oportunidade de escolher se queriam ser acompanhadas durante o parto, a maioria (72%) optaram por serem acompanhadas pelo seu companheiro (Figura 8).

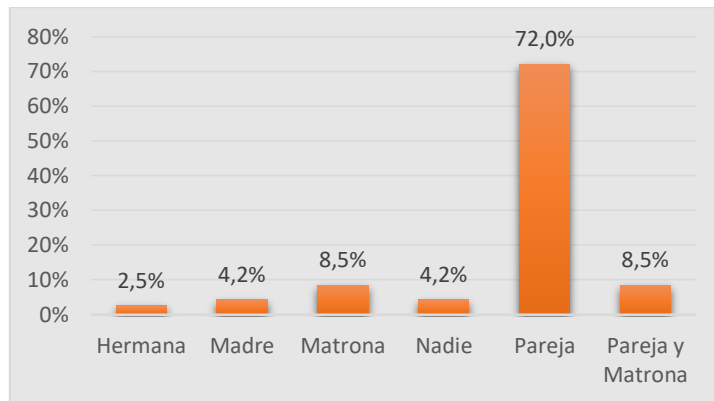


Figura 8 – Gráfico: Pessoa que acompanha

Além disso, quando perguntamos se se sentiam acompanhados pela EEESMO durante todo o processo, a maioria (90%) respondeu afirmativamente (Figura 9).

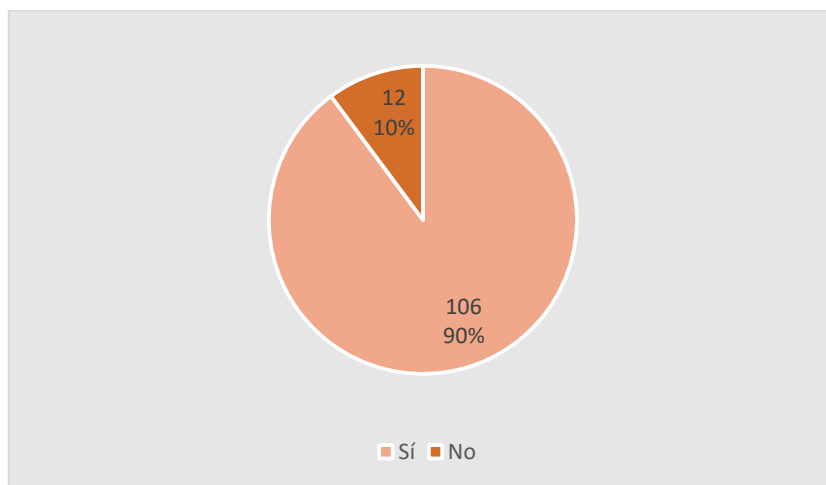


Figura 9 - Gráfico: Sentiu-se acompanhada pela EEESMO

A frequência de acompanhamento em mulheres primíparas versus multiparas também foi comparada e verifiquei que a as primíparas (94%) tiveram maior acompanhamento relativamente às multiparas (86%) (Figura 10).

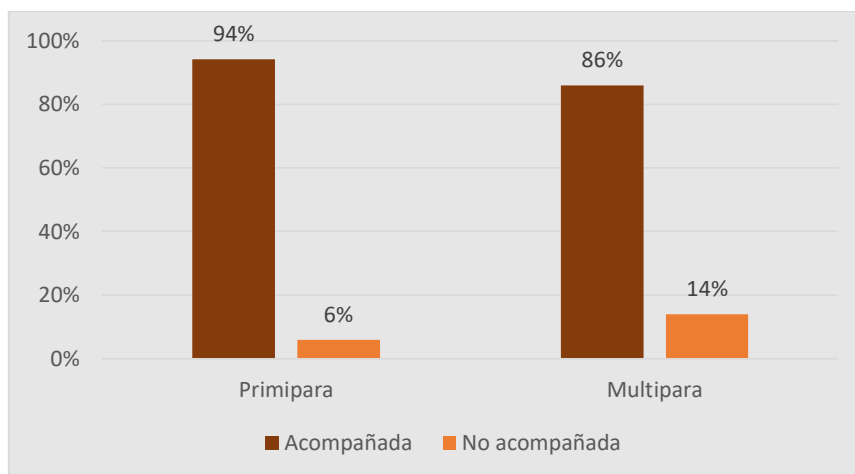


Figura 10 – Gráfico: Acompanhamento da grávida

O nível de dor foi avaliado utilizando a Escala Analógica Visual (EVA) e verificamos que a maior parte (28,8%) revelou um nível de dor de 9, tendo as participantes revelado uma média de 8,01 com um desvio padrão de 2,2 (Gráfico 11).

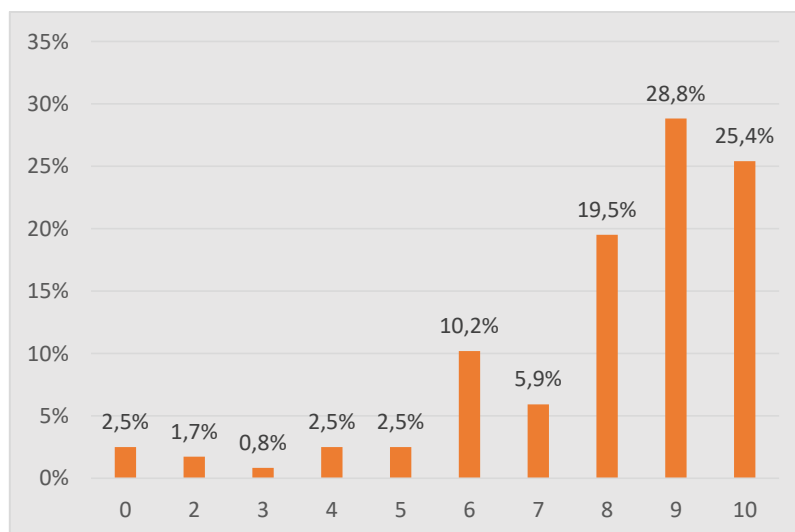


Figura 11- Gráfico: Escala de dor

A dor é classificada em 3 níveis de intensidade, de acordo com a escala EVA: dor leve, moderada e severa. Onde o valor de 0 a 2 é considerado leve; 3 a 7 é moderado; e 8 a 10 é intenso. Verifiquei que nas mulheres participantes referiram dor intensa na sua maioria (73,7%) o que vai ao encontro com os resultados apresentados anteriormente (Gráfico 12).

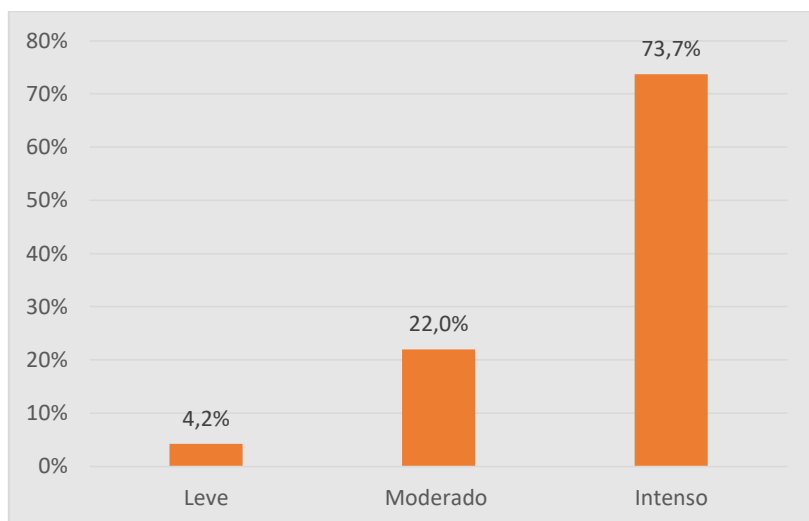


Figura 12 - Gráfico: Escala de dor

Como mencionado na Tabela 4, a duração média de 11,27 horas em trabalho de parto com um desvio padrão de 9,8 horas, na figura 13 observamos que 28% das participantes encontrava-se no grupo de 0-5 horas.

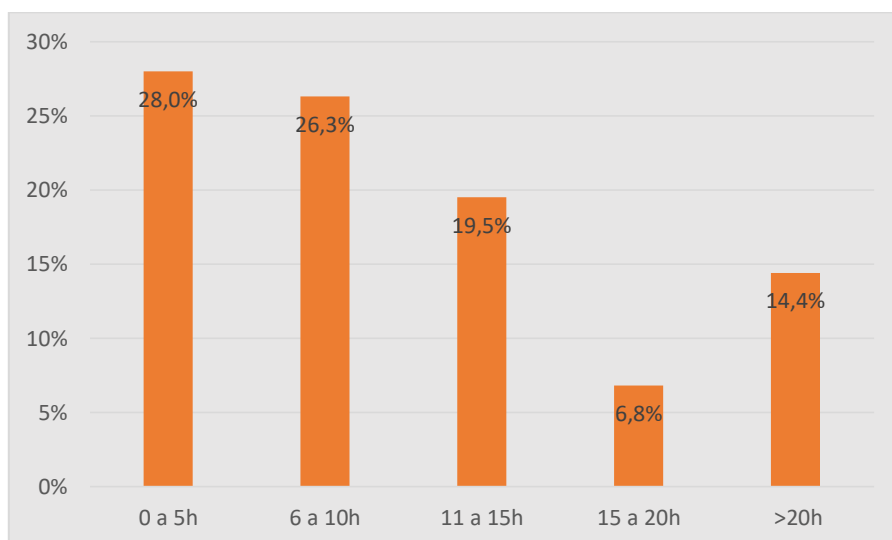


Figura 13 - Gráfico: Duração do trabalho de parto (horas)

Análise das analogias entre variáveis sociodemográficas e obstétricas e a Escala de cuidados em obstetria: medida para testar a satisfação - COMFORTS

Para percebermos o grau de satisfação das mulheres participantes com os cuidados em obstetria realizei também a comparação entre a algumas variáveis e a

escala COMFORTS total e cada uma das dimensões e fomos verificar se existem diferenças de médias entre elas.

Verificámos que as mulheres que tem maior satisfação as mulheres que se situam entre os 21-25 anos que em média (191,00 dp=0,00), com o estado civil Viuva (200,00 dp=0) e acompanhadas (158,50 dp=26,5) pelo marido e EEESMO (172,60 dp=21,8).

Relativamente á variável estado civil, verifiquei na dimensão 1 e o estado civil, em que as mulheres com o estado civil viúva são as que em média (65,00 dp=0) apresentam maior satisfação com os cuidados durante o período do parto. Também se verificam diferenças de médias entre o número de partos e a escala total e a dimensão 2 sendo que em médias (200,00 dp=0; 55,00 dp=0) as mulheres mais satisfeitas são as que tem 4 filhos para ambas as situações respetivamente.

Pude também observar que se verificaram diferenças de médias, entre o acompanhamento e a dimensão 1 da escala, verificando-se em média (54,65 dp=9,8) uma maior satisfação quando acompanhadas durante os cuidados durante o parto. Sendo que em média (58,60 dp=4,7) as mulheres acompanhadas pela EEESMO e pelo marido estão mais satisfeitas e verificando-se assim diferenças de médias, entre os diferentes acompanhantes na dimensão 1. Também verifiquei que as mulheres se sentiram em média mais satisfeitas com o acompanhamento da EEESMO no total da escala (160,14 dp=25,3) e também na dimensão 1 (55,54 dp=8,6).

Finalmente observei diferenças entre o nível de dor e os cuidados durante o parto (dimensão 1), sendo que em média (62,33 dp=2,3) as mulheres mais satisfeitas são as que apresentaram nível de dor zero.

Em síntese, verifiquei que as mulheres participantes apresentam maior satisfação relativamente á escala total, as que tem 4 filhos (200,00 dp= 0) e que são acompanhadas pelo marido e EEESMO (172,60 dp=21,8). Relativamente á dimensão 1 - Cuidados durante o período de parto, as mais satisfeitas são as participantes que são viúvas (65,00 dp=0), que estão acompanhadas (54,65 dp=9,8) e quando este acompanhamento é realizado pela EEESMO e pelo marido (58,60 dp=4,7). Estas mulheres também manifestaram satisfação com os cuidados do EEESMO (55,54 dp=8,6). As que apresentaram nível de dor zero foram as mais satisfeitas (62,33 dp=2,3) com os cuidados durante o parto. Analogamente as participantes também manifestaram satisfação (55,00 dp=0) com a dimensão 2 – Cuidado no puerpério as que tem 4 filhos.

Através da tabela 5, pudemos observar que relativamente á satisfação das participantes entre os vários grupos verificamos que no geral os valores estão acima dos valores médios apresentados pelas participantes.

Tabela 5 - Valores da Escala Total/Dimensões

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Escala Total	118	79	200	157,88	26,745
Dimensão 1 - Cuidados durante o período de parto	118	22	65	53,96	10,321
Dimensão 2 – Cuidados no puerpério	118	14	55	39,13	10,987
Dimensão 3 – Cuidados com o recém-nascido	118	10	50	39,92	8,362
Dimensão 4 – Logística e meio ambiente	118	12	30	24,87	4,367

Em síntese a estes resultados, é importante realçar a importância do acompanhamento para a EEESMO, pois com ele, o perfil da parturiente é muito diferente do da mulher desacompanhada. Quando oferecemos este direito, vemos que as mulheres estão mais confiantes em si próprias, e isto é algo que não só se reflecte nos dados, pois também podemos observar na prática clínica. Adquirem segurança, porque têm alguém em quem confiam, que as ama e toma conta deles. Tudo isto facilita o trabalho da EEESMO, por um lado, porque criar uma atmosfera de confiança e tranquilidade a partir disto, é muito mais fácil do que ter uma mulher com muitos medos e incertezas perante nós. Com o acompanhamento, como vemos nos resultados, reduzimos a nossa intervenção de modo a oferecer-lhes uma menor quantidade de analgesia, reduzindo também as complicações e o tempo, assim como aumentando o nível de satisfação das nossas pacientes. Além disso, devemos enfatizar que é um melhor ambiente para desenvolver o parto e o acolhimento desse bebé, que na maioria dos casos será recebido pelos seus pais.

Oferecendo um menor grau de stress na sala de parto, e dar promoção de um atendimento de qualidade, harmoniza os cuidados, porque, tal e como é referido na Teórica de Enfermagem da senhora Jean Watson e como é descrito neste relatório anteriormente, existe um equilíbrio entre a componente física e mental. Tratamos dessa parte mais espiritual, de presença e companhia e alcançamos melhores resultados na parte física e emocional.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição de competências é um processo que requer o empenho do aluno, com base nos conhecimentos que lhe são fornecidos e apoiados pela reflexão que deles se obtém.

Faz crescer a capacidade de aprender, e com ela a capacidade de observar, tanto do que vem nos outros; supervisores, pacientes ou autores na procura de informação; como de si próprios, com as experiências em que se desenvolvem e as situações a que se apresentam. Tudo isto é especificado nas secções seguintes.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

O desenvolvimento de competências requer de aptidão e atitude para utilizar conhecimentos, habilidades e valores de uma forma interdisciplinar, transversal e interactiva em contextos e situações que requerem a implementação de conteúdos ligados a diferentes áreas.

A execução destes conhecimentos implica compreensão, reflexão e discernimento, o que requer a aquisição de competências para alcançar os objetivos, desenvolver habilidades, mostrar atitudes e interiorizar valores. (Pere Blanco , Jové Deltell, & Franquet i Montufo, 2008)

Durante o desenvolvimento deste EEESMO, o desenvolvimento de competências comuns dos enfermeiros especialistas, e em particular as dos EEESMO, foi principalmente contínuo. As competências gerais de enfermagem já foram adquiridas durante os anos da licenciatura e estão a ser desenvolvidas ao longo da nossa vida profissional, aqui pretendeu-se desenvolver as inerentes a um especialista.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 140/2019), os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes:

- a. Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b. Melhoria contínua da qualidade;
- c. Gestão dos cuidados;
- d. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao estágio, tivemos a oportunidade de desenvolver diferentes intervenções que nos permitiram aprofundar o nosso conhecimento de todas as competências comuns dos enfermeiros especialistas. Um dos pontos mais exigentes foi o desenvolvimento de técnicas profissionais, já que sendo enfermeira generalista, as técnicas de enfermagem adaptadas a esta parte da especialidade eram para mim desconhecidas.

Por outro lado, a integração ao equipa do trabalho era um dos principais objetivos a alcançar, por o que se requeria de uma adaptação ao contexto do trabalho profissional com algumas diferenças, sendo Espanhola, este era um ponto complicado, pois nunca tinha trabalhado fora do hospital onde fez o grau universitario de enfermagem, e a barreira linguística torna-o um ponto mais difícil.

No entanto, graças a professora orientadora, se establecieron relações entre la Universidad e los centros de estágio, con lo que siempre tuve gran acolhimento e consegui atingir os objetivos. Foi desenvolvida através de um aprofundamento temático focado no Acompanhamento no trabalho de parto e a satisfação das mulheres, neste momento, por meio de uma pesquisa bibliográfica, avaliando o nível de dor, o tempo e a satisfação que elas percebem uma vez terminou esse processo de parir e fazendo uma recolha dos dados das mulheres que acederam ao Hospital Nossa Senhora de La Candelaria, no momento em que eu estava a estagiar lá.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Na obstetrícia temos de reconhecer que as competências de enfermagem têm muitos pontos que têm vindo a mudar nos últimos anos. Competências em que podemos trabalhar mais diretamente e outras em que o papel do especialista se torna mais psicológico do que físico.

De acordo com os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, (Regulamento nº127/2011), as competências específicas do EEESMO são as seguintes:

- a. Cuidado a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b. Cuidado a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c. Cuidado a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;

- d. Cuidado a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e. Cuidado a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f. Cuidado a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g. Cuidado o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Todas estas competências e habilidades por desenvolver durante estes dois anos de formação foram sempre baseadas na evidência científica mais atual, da importância da investigação para a melhoria dos cuidados.

A procura persistente de provas actuais e bem fundamentadas garantirá que dominemos o nosso desempenho, o que deverá ser um exercício contínuo para qualquer profissional de saúde, e neste caso, este trabalho contribui para que seja uma forma de consolidar, ser crítico e actualizar os cuidados que temos vindo a aprender a prestar, e que sirva de precedente para a nossa prática laboral.

No que respeita à questão que eu queria desenvolver mais a fundo, o acompanhamento no TP, tem por trás uma grande legislação que o protege, mas já vimos como ainda hoje é infringida muitas vezes. Informação é poder, e nos temos entre as nossas competências que estar informados.

Respeito aos objectivos definidos como inatingíveis no final desta formação, devo salientar que felizmente nos centros onde fiquei alcancei todos os números e tive a oportunidade de ver muitos casos clínicos diferentes, pois todos os centros tinham grandes grupos populacionais, tanto na região de Lisboa e Almada como em Tenerife. Por um lado, consegui que fossem realizados cerca de 160 exames pré-natais, que são partilhados entre o centro de saúde, as maternidades e as salas de parto. No que diz respeito à eutanásia, atingi o número de 64, sendo o mínimo de 40; por isso estou muito feliz por o estágio me ter permitido fazer mais de 20 estágios extra. Com isto, claro, consegui um dos aspectos que mais receava não alcançar, o tema das episiotomias. Consegui adquirir habilidade neste aspecto e realizar um total de 50 suturas, e no total de entregas acompanhadas, apenas três (3) episiotomias. Tive também a oportunidade

de intervir e participar noutros processos na sala de partos, tais como partos pélvicos (3), gémeos (11) e cesarianas (21).

Na maternidade e especialmente no departamento de obstetrícia pude cuidar de um total de 229 mulheres que estavam em risco, quer como grávidas, em trabalho de parto ou como mulheres pós-parto.

Como puerperas, o meu recorde é de 140, todas elas saudáveis e sem complicações subseqüentes, distribuídas tanto na maternidade como na sala de parto, pois acompanhei muitas puerperas na vizinhança imediata, embora não tenha participado na expulsão daquela mulher. Dos recém-nascidos saudáveis, 194, correspondem aos vistos no escritório do centro de saúde, no qual avaliamos sobretudo o aleitamento materno, os alarmes e o transporte do bebé em carrinhos e cadeiras e com os quais intervim na planta e na sala de partos. Depois, 47, foram os recém-nascidos em risco, que foram vistos nas práticas da sala de parto, da maternidade e da ala neonatal.

Finalmente, o cuidado das mulheres ginecológicas, interagi com 264 mulheres, muitas delas saudáveis, que vieram principalmente à consulta de planeamento familiar no centro de saúde, ou por algum problema urgente à urgência do hospital. O resto correspondeu ao meu tempo na ala ginecológica, onde as mulheres foram quase todas admitidas por razões oncológicas para resolver algum sintoma ou sintoma da sua doença.

Também durante a realização do Estágio de Natureza Profissional sepre valorizei a formação profissional, mediante a asistencia a cursos, seminarios de formação continua, pelo que participei no curso de emergencias obstétricas, sutura perineal (Anexo 3), Aleitamento Materno e parto de lócus, contribuindo assim para a actualização dos conhecimentos procurando oferecer uma prática baseada em práticas científicas e adquirir conhecimentos técnicos e científicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio e acompanhamento no parto e pós-parto é fundamental; o nível de satisfação de uma mulher está directamente relacionado com este factor, independentemente de outros serem ou não positivos para ela. Na minha opinião, depois de ter realizado este trabalho, é fundamental investigar um pouco mais como o papel do especialista tem uma influência mais directa, tornando o trabalho mais personalizado, individualizado e próximo de cada paciente.

Este trabalho não só me ajudou a fixar conhecimentos, a desenvolver competências de formação e a adquirir as competências pretendidas, como também me tornou crítica e com isso gostaria de incentivar a os profissionais e mulheres a serem informadas.

Esta conclusão fortalece-me como enfermeira e dá sentido a toda esta trajectória profissional. Sempre quis ser EEESMO e sendo espanhola, com a dificuldade de acesso a estes estudos, dirigi-me para a grande aventura portuguesa que estou quase a terminar, que tem sido a melhor decisão da minha vida até agora. Considero que, dentro da enfermagem, esta área é aquela em que me sinto mais confortável e satisfeita. Ser capaz de orientar e cuidar das mulheres parece-me ser um campo maravilhoso.

Como ponto a destacar em toda a gama de cuidados que podemos desenvolver uma vez mais, reitero a importância da prevenção, sempre devemos promover a saúde. E, por outro lado, o apoio contínuo. Ser pilares e acompanhar é muito importante, seja qual seja a situação.

Como já afirmei, seria ideal realizar o estudo desde outro ponto de vista, com uma amostra maior, que inclui mais parâmetros a avaliar, e com mais mulheres que não puderam ser acompanhadas, mas que tiveram o apoio da sua enfermeira ao seu lado.

Respeito ao estágio e os objetivos que já mencionei ao longo deste relatório, todos eles foram alcançados, algunos em maior medidos do que os outros, e tenho ainda de profundar em algunos aspetos. Como já é conhecido nesta área, o continua aprendizagem é necesario para sempre fornecer o melhor nivel de asistencia, por tanto, tenho de continuar a aprender ainda muito.

Relativamente ao trabalho de investigação, o maior contributo para nós, como

especialistas acho que é a ideia de que o acompanhamento deve ser um direito, não uma opção porque vai ser uma ajuda muito importante ao momento de realizar o nosso trabalho se a mulher está mais confiante e tranquila. Além disso, temos uma menor taxa de uso de analgesia, uma maior satisfação, por tanto nosso trabalho ganha qualidade.

Finalmente, gostaria também de referir o facto de este trabalho ter sido um grande desafio para mim, dado que anteriormente não tinha grandes conhecimentos de investigação e também não tinha ideia da língua portuguesa. Destes dois anos levo uma grande experiência, uma formação excelente, muita aprendizagem e uma nova língua, não podia pedir mais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Cordero, M., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, , M., & Mur Villa, N. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de granada sobre atención al parto. *Grupo Aula Médica*, pp. 920-926.
- American Psychological Association. (12 de 10 de 2020). *American Psychological Association*. Obtido de <https://www.apa.org/>
- Amezcuca, A., Vega, A., & García, M. (2017). VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR. En SESCOAM, *Protocolo consensuado 2017* (pág. 8). Albacete: Gerencia de Atención integrada.
- Aparece - SNS . (19 de 05 de 2019). *Aparece | Saúde Jovem*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/05/27/aparece-saude-jovem/>
- Aranda García, A., Reina Durán, M., Rodríguez Rodríguez, I., Delgado Begines, Estefanía, & De Las Heras Moreno, J. (2014). Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja durante el proceso de parto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. *Biblioteca las casas – Fundación Index*, 20.
- Assembleia da República. (2001). *Projecto de Lei N.º 313/VIII - Da gravidez na adolescência*. Lisboa: Assembleia da República.
- Assunção Moreira, A., Nunes Mariz, I., Silva Almeida, M., & da Cruz Santos, A. (2015). *Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto*. Río de Janeiro, Brasil: Abenfo. Obtido de preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/18>
- Campos, A. (26 de 08 de 2018). *Só há cinco Hospitais com mais de 3 mil nascimentos por ano*. Obtido de Acedido em 20 de Junho de 2020. Web

site: Público: <https://www.publico.pt/2018/08/26/sociedade/noticia/so-ha-cinco-hospitais-com-mais-de-3-mil-partos-por-ano-1842054>

Contemporâneo, B. d. (2017). *Portada*. Obtido em 29 de 10 de 2019, de <https://www.pordata.pt/Europa/Interrup%C3%A7%C3%B5es+volunt%C3%A1rias+de+gravidez-3393>

Departamento de Enfermagem, U. (2019). *Competências, Diagnóstico, planeamento e execução - Cuidados de Saúde Primários*. Évora: Universidad de Évora.

DGS. (2020). *Grvidex y Parto - COVID-19*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.

Diario da República. (2013). *Despacho n.º 7402/2013*. Lisboa: Portaria nº 301/2009.

Eugenia Urra M., Alejandra Jana, A, & Marcela García, V. . (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Em C. y. XVII. Chile: Ciencia y Enfermería XVII .

Galvez Toro , A. (2018). *Enfermería Basada en la Evidencia*. Murcia: Fundación Index.

George Francisco, & DGS. (2010). *Compromisso com os princípios enunciados nos Objectivos para o Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde materno-infantil*. Lisboa: DGS.

Giraldo Montoya, D., González Mazuelo, E., & Henao López, C. (2015). Experiencias de las mujeres en el trabajo de parto. *Av Enferm.*, 271-281.

Hospital García De Orta, E.P.E. (2016). Obtido de Hospital García De Orta, E.P.E.: <http://www.hgo.pt/>

Hospital García da Orta, E.P.E, SNS. (2016). *Maternidade - García da Orta*. Obtido de <http://www.hgo.pt/Servicos/Maternidade.aspx>

- ICM . (2020). *Los derechos de las mujeres en el parto deben ser respetados durante la pandemia de Coronavirus*. Países Bajos: International Confederation of Midwives. .
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *INE*. Obtido em 29 de 10 de 2019, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&selTab=tab0&xlang=pt
- ISN. (2015-2016). *Inquérito Serológico Nacional*. Portugal: Serviço Nacional de Saúde.
- Kaye, D., Kakaire, O., Nakimuli, A., Osinde, M., Mbalinda, S., & Kakande, N. (2014). Male involvement during pregnancy and childbirth. *BMC Pregnancy&childbirth*, 8.
- Klomp, T., Anke , B., & Ank de Jonge, E. (2015). Entrevistas cualitativas sobre experiencias de gestación. *Taylor and Francis Online*, 94-102.
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermú, M. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* , 134-145.
- Llave Reducindo, E. C. (2014). *Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el inmp durante el año 2014*. Lima - Perú: Universidad Nacional mayor de San Marcos.
- Manrique de Lara Suarez, D., & Miraval Tara, Z. (2007). Influencia del acompañamiento de un familiar durante el trabajo de parto. Centro de salud Aparicio Pomares Huánuco. *Investigación Valdizan*, 6-9.
- Midwives, International Confederations of. (25 de 06 de 2020). *Los derechos de las mujeres en el parto deben ser respetados*. Obtenido de <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/spanish-statement.pdf>

- Ministerio de Sanidad. (2020). *Información y pautas generalizadas para mujeres embarazadas en confinamiento*. Madrid : Gobierno de España.
- OE. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem*. Lisboa: Diário da República.
- Organización Mundial de la Salud,OMS. (1966 (Atualização 2018)). Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. *Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*, (p. 8). Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud,OMS. (2018). *Recomendaciones de la OMS, Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ginebra: OMS.
- Pere Blanco , F., Jové Deltell, M., & Franquet i Montufo, M. (2008). La adquisición de competencias - un conocimiento en y para la acción. *Dialnet*, 7,8. Obtido de Dialnet.
- Pordata. (23 de 06 de 2020). *Pordata - Base de dados Portugal Contemporâneo*. Obtido de <https://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-252268>
- Ramírez Peláez, H., & Rodríguez Gallego, I. (2014). Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofamiliar. Revisión bibliográfica. *Matronas*, 1-6.
- Santillán, A. (23 de 05 de 2020). *Metodología EBE*. Obtido de Ebevidencia: <https://ebevidencia.com/archivos/163>
- Servicio Canario de Salud, SCS . (20 de 08 de 2020). *Actividad obstétrica - Memoria anual de actividad 2018*. Obtido de Hospital Univ. Ntra. Sra. De Candelaria:

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/27/Memorias/2018/pdf/2.1.5.actividad_obstetrica.pdf

Servicio Canario de Salud, SCS. (2018). *Hospital Nuestra Señora de la Candelaria*. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias.

Serviço Nacional de Saúde, SNS. (Maio de 2008). *Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/vacinacao-contra-infeccoes-por-virus-do-papiloma-humano-hpv-pdf.aspx>

Serviço Nacional de Saúde, SNS. (22 de 10 de 2019). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3113851/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde, SNS. (02 de 05 de 2020). *MATERNIDADE DR. ALFREDO DA COSTA*. Obtido de <http://www.chlc.min-saude.pt/maternidade-dr-alfredo-da-costa/>

Serviço Nacional de Saúde, SNS. (Outubro de 2019). *UCSP Sete Rios*. Obtido de ARS Lisboa e Vale do tejo: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30028/3113800/Pages/default.aspx>

Souza, A.C., Alexandre, N.M.C., Guirardello, E.B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude* 26 (3): 649-659.

Vivanco Montes, L., Solís Muñoz, M., Magdaleno del Rey, G., Rodríguez Ferrer, R., Álvarez Plaza, C., Millán Santos, I., . . . Feijoo Iglesias, B. (2012). Adaptación cultural y validación al español de la escala COMFORTS de satisfacción de las mujeres con los cuidados en el parto y puerperio. *Metas de Enfermería*, 18-26.


Wang, M., Song¹, Q., Xu, J., Hu, Z., & Yingy. (2018). Continuous support during labour in childbirth. *BMC*, 2-7.

Wilson, , C., & Simpson, C. (2016). Childbirth Pain, Attachment Orientations, and Romantic Partner Support During Labor and Delivery. *HHS Public Access*, 622-644.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Aulas de preparação para o parto, Centro de saúde Sete Rios

Aula – Exercícios com fitball para mulheres grávidas:



Exercícios com fitball para mulheres grávidas

Atividade de Saúde
Rua do Brasil, 1.000 - 21.120-000 Sete Rios RJ
1224-4210-4000

DCC SETE RIOS
DCC - Centro de Saúde de Sete Rios


DGS
DIRETORIA GERAL DE SAÚDE

Ponte sobre os ombros

Neste exercício, ativamos os músculos profundos do abdômen ao transverso e fortalecemos os músculos. O movimento de levantar e abaixar o tronco melhora a postura, melhorando sua flexibilidade.

Posição inicial: Deitado de costas, flexione os joelhos na altura da altura do tronco ao longo do tronco.

Desce até sentir o peso.




Ponte de ombro com elevação do braço

Neste exercício, adicionamos uma dificuldade, que é a elevação dos braços.

Posição inicial: Deitado de costas, com os joelhos apoiados no chão e os braços estendidos para cima.

Respire fundo e, quando liberado, abra o cotovelo, inspire com a cabeça elevada, mantendo a espinhela e, ao expirar, abaixe. Será importante manter a postura ideal neste exercício de assoalho pélvico com fitball para garantir os resultados.



Ativação do assoalho pélvico na posição do 'sapo'

Posição inicial: Fentado de costas, descanse os joelhos no chão, abra os joelhos e a bacia a ponto de alcançar perpendicularmente ao sapo.

Respire fundo (aborda e relaxa) e controle os esfíncteres como se quisesse conter o jato de urina.

Mantenha a contração por 5-8 segundos e relaxe. Lentamente vá para a contração para ser acompanhado de respiração alternada de ar.

Repetir esse exercício 10 vezes.



Mobilização da bacia

Posição inicial: Deitada, traga a perna esquerda para o lado e apoiada no chão do pé no chão ao centro do pé direito para o lado.

Respire fundo e, quando liberado, abra a perna em direção a perna direita. Faça um alongamento suave de costas, na parte interna do corpo e no assoalho pélvico. Repetir a posição inicial.

É um alongamento dinâmico, o que significa que não devemos ficar na posição inicial, mas mover o corpo a cada respiração.

Repetir 20 vezes, sendo de cada a fazer com 20 respirações.




Relaxamento da musculatura lombar

É importante alongar a área lombar de tempos em tempos para fortalecer, pelo o aumento da curvatura lombar causa aumento da tensão e dor lombar.

Posição inicial: Deitada, com os joelhos flexionados, abra os joelhos para lateral impactando a bacia, abra a cabeça e os joelhos para trás.

Faça movimentos lentos para cima, para baixo e para a lateral. Lentamente vá para o lado ao lado do assoalho pélvico a qualquer momento.




'Exercício 'peixe livre'

O movimento da bacia facilita o avanço do parto no caso de parto.

Mantém a região lombar mobilizada, a articulação da pelve e estimula a bacia a se preparar para o parto.

Posição inicial: Sentado no chão com a cabeça elevada, com os joelhos para frente, abra o tronco lentamente para a frente e abra os joelhos com os pés. Faça movimentos laterais.



Mobilização da pelve com assimetria das pernas

Posição inicial: Deitada, com as pernas flexionadas na altura do tronco, abra os joelhos para o lado e abra os joelhos para o lado para manter a postura.

Faça o movimento do corpo para a frente para o lado do corpo para a perna que está para a frente e retorne à posição inicial.

Repetir 20 vezes e repetir depois de 10 minutos.



Ativação do assoalho abdominal pélvico e transversal

- Posição inicial: com quatro pernas, apoiar o peso superior do tronco na bola, apoiar os joelhos na lateral da bola.
- Respire fundo e, ao soltar, pressione a bola com os dedos. Desça para baixo e, ao mesmo tempo, contraia o assoalho pélvico e o transverso abdominal, relaxando e abrindo para dentro.
- Repita este exercício de ativação pelo 30 vezes por dia.



Alongamento lateral

- Deitada de lado, apoiar o peso superior do tronco na bola, apoiar os joelhos na lateral da bola.
- Respire fundo e, ao soltar, pressione a bola com os dedos. Desça para baixo e, ao mesmo tempo, contraia o assoalho pélvico e o transverso abdominal, relaxando e abrindo para dentro.
- Repita este exercício de ativação pelo 30 vezes por dia.



Porte nos ombros com a bola

- Posição inicial: sentada de costas, com as pernas dobradas, apoiar a bola com as mãos e apoiar os joelhos na lateral da bola.
- Respire fundo e, ao soltar, pressione a bola com os dedos. Desça para baixo e, ao mesmo tempo, contraia o assoalho pélvico e o transverso abdominal, relaxando e abrindo para dentro.
- Repita este exercício de ativação pelo 30 vezes por dia.





Obrigado Pela Vossa Presença!

Aula - Ginástica e exercícios simples para mulheres grávidas.

Ginástica e exercícios simples para mulheres grávidas.



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
15057-9000-9000

UCC SÍTÉRIOS

DGS

Flexibilidade



Sentada com as pernas dobradas, descansar os pés com o tornozelo e tentar alcançar o chão com os joelhos.



Deitada com as pernas flexionadas. Levante o pé direito enquanto inspira. Mantenha o ar enquanto centraliza o abdômen. Baixe o pé direito ao chão enquanto expira.



Tentado sobre os cotovelos. Alongando o tronco para a frente até descolar a cabeça do chão, esticando os braços.

Promover a circulação periférica I



Sentada com as pernas retas. Espalhe e flexione os pés.



Sentada, com as pernas esticadas e afastadas. Realize movimentos circulares com os tornozelos.

Promover a circulação periférica II



Deitada para cima, pernas esticadas. Levante uma perna enquanto toma um ar. Uma vez levantada, faça movimentos circulares com o pé. Balanceie a perna enquanto expira.



Deitada para cima, pernas esticadas. Levante uma perna flexionando o joelho 90°, inspire. Balanceie a perna e expire.

Costas



Posição de gato, levante a cabeça e afunde as costas.
Coloque a cabeça perto do peito e levante as costas.



Sentado com as mãos nos tornozelos, estique as costas para a frente e flexione a cabeça de maneira relaxada.

Exercícios de Kegel na gestação: 2 opções simples



Báscula

Com as mãos, pés e joelhos apoiados no chão, faça o movimento de empurrar as pernas ao mesmo tempo em que relaxa o assoalho pélvico. Depois, contrai, como se quisesse enfiar a cabeça na bota, apertando os músculos internos.



Movimento lateral

Deite-se em uma superfície confortável, e apoie as pernas flexionadas e entrelaçadas no chão. Depois, empurre o pé direito para baixo ao mesmo tempo em que tuxe a pelve direita, deixando a esquerda no chão. Depois, inverta o movimento: empurre o pé esquerdo e subleve a pelve do mesmo lado. Ao realizar o movimento, contraia todo o assoalho pélvico.



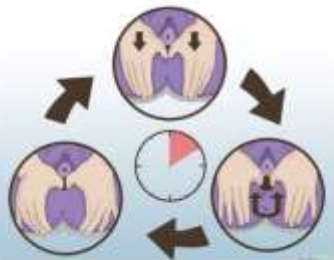
Massagem perineal na gravidez



Como fazer a massagem?

Ativar sobre as 20 semanas de gestação.

- Higienizar bem as mãos.
- Podem fazer em pé, com a perna levantada e colocar em cima de um bento, ou deitadas...
- Usar óleo de amêndoas doces ou azeite extra virgem.



Respiração no trabalho de parto



1. CONCENTRE-SE NA SUA RESPIRAÇÃO

- Concentre-se na sua respiração. Para isso, imagine de forma natural, tendo em atenção que ao inspirar deve fazer a sua força e de forma mais prolongada, sentido libertar a tensão de todo o seu corpo.
- Ouça a sua respiração, pois vai ajudar a controlá-la.



2. CONTE ENQUANTO RESPIRA (COMEÇA A FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO)

- Conte enquanto respira e conta. Se contar até 3 durante a inspiração e até 4 no momento de expirar, irá tornar mais consciente da forma como está a fazer a respiração no trabalho de parto. Contar ajuda-lhe a ajudar a controlar a respiração.
- Lembra-se que ao hospital deve contar apenas até ao número que se não sentir confortável para si, sendo sempre em conta que deve contar até ao número superior quando libertar o ar.



3. INSPIRE PELO NARIZ E SOLE O AR PELA BOCA (CONTRAÇÕES)

- Inspire sempre pelo nariz e sole o ar pela boca. Esta é, aliás, a forma mais correta da respiração de um modo geral.
- No inspiração no trabalho de parto é ainda mais importante manter esta ordem. Não tenha vergonha de fazer mais barulho ao expirar, se isto o ajudar.
- Lembre-se que é o seu momento e o momento do seu bebé. Não há lugar a constrangimentos. Faça tudo o que o faça sentir mais confortável, desde que seja seguro para si e para o seu bebé.



4. RESPIRAÇÃO PARA NÃO FAZER FORÇA. (SOPRAR VELAS)

- Inspire sempre pelo nariz e sole o ar pela boca, de varias vezes. Como para soprar velas no seu aniversário.
- Avanti não tem vontade de fazer força no assoalho pélvico.



Obrigado Pela Vossa Presença!



Aula 1 – Legislação e preparação da casa e a mala.

Curso de Preparação para a Parentalidade

Aula : Legislação e preparação da casa e a mala.

Ministério da Saúde
Programa de Saúde Local e Saúde do Trabalho
LUSOP SAÚDE BRASIL

UCC SETE RIOS

DGS

Direitos Parentais e o Papel do Pai



Antes do parto

Estou grávida!
E AGORA?

Direitos da Mulher Grávida Trabalhadora

Para proteger a saúde da grávida e do feto, a trabalhadora pode ser dispensada de trabalho noturno, horas extraordinárias, banco de horas, horário concentrado e regime de adaptabilidade.

Em caso de gravidez de risco ou se o trabalho representar um risco para a saúde ou a segurança da mãe ou do feto, pode ter direito à licença por gravidez de risco ou por riscos específicos.

Vigilância de Saúde

MAE - Despesa de trabalho para as consultas pré-natais e para a preparação para o nascimento

Três despesas de trabalho para o acompanhamento às consultas pré-natais

saúde oral na mulher grávida

- Têm direito ao cheque dentista mulheres registadas no SNS
- Máximo de 3 cheques que cobrem a totalidade das despesas de tratamento, desde que incluídas no plano de tratamentos do CDS
- Podem ser usados até 60 dias após o parto

Abono de Família Pré-Natal

- A partir da 13ª semana de gravidez.
- Atribuição e o valor do mesmo é calculado com base:
 - Taxa residente em família;
 - Do número de crianças ou jovens com direito ao abono;
 - Número de filhos;
 - Antecedente do 30% em famílias monoparentais.

Pedido na Segurança Social ou no site: [Segurança Social Direta](#)
 Pode ser pedido durante a gravidez ou até 6 meses após o parto

Licença Paternal

Amãe pode iniciar a licença até 30 dias antes da data prevista para o parto, esses dias são descontados ao total da licença parental.



Depois do Parto



Licença Parental

- Deve ser requerida nos serviços de Atendimento da Segurança Social
- On-line através da Segurança Social Direta

Período de concessão	Porcentagem sobre o salário
200 dias de licença	100%
200 dias de licença parental (100+100)	100%
90 dias de licença por incapacidade antes do parto	100%
100 dias de licença parental do pai	100%
200 dias de licença parental (100+100)	100%
200 dias de licença	80%

Licença Parental

Dias de licença exclusivos do pai

- 5 dias úteis imediatamente a seguir ao nascimento
- 10 dias úteis, seguidos ou não, nos primeiros 30 dias após o nascimento
- 10 dias úteis, seguidos ou não, enquanto a mãe estiver de licença

Licença Parental

Informar a entidade patronal (o + precocemente possível) até 7 dias depois do parto.



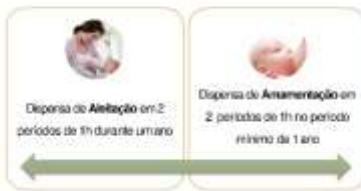
Subsidio Social Parental

- Cidadãos nacionais e cidadãos estrangeiros, refugiados e apátridas:**
 - Não abrangidos por qualquer regime de proteção social obrigatória;
 - Abrangidos por regime de proteção social obrigatório ou pelo regime do seguro social voluntário, cujo esquema de proteção social integra a eventualidade, sem direito ao subsidio parental.
- Beneficiários que recebem subsidio de desemprego ou subsidio social do desemprego.**

Abono de Família para Crianças e Jovens

- Depedito e abono de família pré-natal: não pedido de parte a RTG. Basta apresentar o documento de identificação da criança nos serviços de atendimento da Segurança Social
- Se não pedido o abono de família pré-natal, pode pedir juntamente a RTG
- O valor do abono depende do rendimento da agregação familiar, do estado da criança e do número de filhos com direito.

Regresso ao Trabalho



Onde obter informação?

- Serviços de atendimento da Segurança Social
- Segurança Social Direta / 300 502 002 / <http://www.ssg-social.pt>
- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE)
- <https://e-fusubmccrccca.gov.pt>

Papel do Pai



E agora?



Aconselhamento Pré-Concepcional



Presença do Pai no Hospital

Pelo n.º 2 do artigo 12.º de [Lei n.º 11/2011](#), de 21 de março é reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito ao acompanhamento por qualquer pessoa por si escolhida, em todas as fases do trabalho de parto.

Tal significa que estão reunidas as condições para que se assegure o acompanhamento à parturiente e o envolvimento do pai, ou outra pessoa significativa, em todas as fases do trabalho de parto, mesmo quando seja efetuado um cesariana, salvo em situações clínicas que o inviabilizem e que devam ser explicadas aos/às interessados/as e registadas no processo clínico.

Presença do Pai no Trabalho de Parto

- Promove o bem-estar físico e emocional da mulher
- A Mãe não se sente sozinha



Presença do Pai no Trabalho de Parto

Como pode o Pai ajudar no Trabalho de Parto?

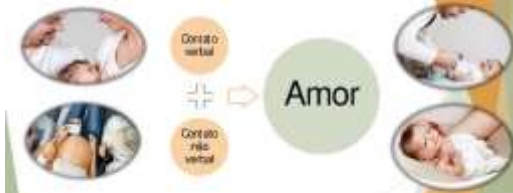


Após o Parto: Equipa de 3

- Partilha de tarefas
- Permite ao Pai saber identificar as necessidades do Recém-Nascido
- Vigilância



Relação com o Recém-Nascido



Além de segurança e conforto para o bebê, a triade familiar fica mais fortalecida!

Preparação da mala para a maternidade



Antes de preparar a mala

- Lavar bem a roupa do bebê
- Cortar linha do estômago
- Dar preferência a roupas de algodão, prática e confortáveis
- Evitar camisas de 3/4 ou mangas abertas
- De preferência, lavar a roupa em frio / se não, pelo menos proporcionar uma desinfecção adequada
- Fazer uma lista de coisas a preparar



Antes de preparar a mala

- Preparar o berço
- A roupa do bebê
- As fraldas
- As toalhas de limpeza
- Cresemes
- Chupeta
- Gel



instalação do berço no local

Antes de preparar a mala



Quando preparar a mala?

Documentos que vão na mala

- Boletem Saúde da Gestante
- Análises, ecografias, CTO e outros exames realizados
- Documento de identificação
- Cartão beneficiário de subsistência social ou seguro



Mala da Mãe

- 3-4 Camisas largas com abertura à frente
- Roupa de algodão
- Chinelos de quarto e de banho
- 4-6 saídas de amamentação
- 2-6 pares de sapatos ou chinelinhos
- Sutiãs ou topless



Mala da Mãe

- Produtos de higiene pessoal
- Cinto Pélouzo
- Peneira térmica (3L)
- Detergente para lavar louça
- Roupa para o dia-a-dia



Mala do Bebê

Dicas

- Dar preferência a roupas de algodão, confortáveis e práticas
- Separar as roupas do dia
- A partir de hoje deve estar devidamente separada e etiquetada
- Desacumular alguns itens pessoais
- Anestesiado até o parto



Mala do Bebê

- 1 kit pronto (Roupa - Baby) - slippers, meias, sapatos, gorro, batinha;
- 3 trocas de roupa completa;
- 2 Fraldas de pano;
- Fraldas descartáveis (1 unidade);
- Produtos de higiene: sabão ou compressas, lenço úmido, óleos protetor corporal;
- Chupeta;



Outras coisas importantes

- Máquina fotográfica com bateria e cartão de memória;
- Telefone e carregador;
- Caderno de notas e caneta;



Obrigado Pela Vossa Presença!



Aula 2 - Trabalho de parto I

Curso de Preparação para a Parentalidade

Aula: Trabalho de Parto I

- Sinais de ida para a Maternidade
- Tipos de Parto
- Cuidados essenciais ao fim da parto
- Parto por cesariana

Ministério de Saúde
Região de Saúde URBEM E VALE DO TEUCO
2020-2021-2022

UCC SETI RIOS

DGS

Sinais de Ida para a Maternidade

Trabalho de Parto



Dicas Importantes:

- Mãe na maternidade pronta
- Últimas análises sanguíneas e CTG
- Saber qual o Sinal/aviso que pode ser com o nome mais velho



Sinais de Trabalho de Parto

Perda do Rolhão Mucoso

- 27 dias antes do início do trabalho parto
- Peça de muco espessa (em azul e amarelo) e o gelatinoso
- Serve de proteção contra a entrada de microorganismos

Tempão Mucoso



Sinais de Trabalho de Parto

Rotura da "Bolsa de águas"

- De repente sente a lubrificação.
- Provavelmente o parto está nas próximas 24 horas.
- Membranas que envolvem o bebê são sequentes e podem rasgar facilmente.
- Deve ter dor de cólica, mas não a quantidade de líquido se seu parto é mais cedo.



Sinais de Trabalho de Parto

Contrações

- São uma sensação de aperto (o útero endurece durante uns 30 segundos e depois relaxa) e o útero abdominal semelhante a dores menstruais que irradia por toda a zona abdominal.
- As primeiras são como dores menstruais ou pontadas na zona lombar com intervalos de 20/30 min.



Sinais de Trabalho de Parto

Contrações

- Vão aumentando de intensidade, duração e frequência, até que chegam a cada 3/5 min.
- A dor inicia na região lombar e irradia para região abdominal e virilhas.



Sinais de Trabalho de Parto

Não Esquecer:

- Anotar a hora do início, duração e intervalo entre contrações.



Sinais de Trabalho de Parto

Perda de Sangue

- A perda de sangue na base final da gravidez constitui um sinal de alarme, pelo que deve sempre consultar o seu médico. Pode implicar que entrou em trabalho de parto (1º ou 2º parto), mas pode também ter outras causas, como o descolamento da placenta.



Estarei mesmo em trabalho de parto?



Falso Trabalho de Parto

- Contrações são **irregulares e imprevisíveis**.
- Não se observa qualquer progresso.
- As sensações são como uma **tensão abdominal** generalizada.
- Tendem a **desaparecer** com o **respiro**, de atividade ou de posição.



Verdadeiro Trabalho de Parto

- **Intensas**.
- Não há fator de alívio.
- Existe uma **progressão** em três aspetos:
 - 1. Chegam cada vez mais cedo.
 - 2. Duram cada vez mais tempo.
 - 3. Caem vez mais próximas.



Então... Quando devo ir para a Maternidade?



Quando devo ir para a Maternidade?

- **Ruptura de bolsa de águas**
- **Antes de 36 semanas de gravidez**: se contrações de 15 em 15 min, durante pelo menos uma hora.
- **Antes de 36 semanas de gravidez**: se contrações regulares de 2 em 5 minutos durante pelo menos uma hora.

Quando devo ir para a Maternidade?

Não sentir o bebê

São consideradas normais os movimentos fetais **quase ou sempre a 12 vezes em 24 horas**.
 Caso não seja assim, como um abalo e mesmo durante 1-2 horas e se mesmo assim o bebê não se mover **chamar de urgência**, os movimentos do bebê são um sinal de bem-estar fetal.

Quando devo ir para a Maternidade?

► Quando as contrações se tornam rítmicas e de 15/15 minutos, acompanhadas de dores, ruptura da bolsa de água e/ou hemorragia vaginal, está na hora de se dirigir para a Maternidade porque entrou em trabalho de parto.

Quando devo ir para a Maternidade?

► Quando as contrações se tornam rítmicas e de 15/15 minutos, acompanhadas de dores, ruptura da bolsa de água e/ou hemorragia vaginal, está na hora de se dirigir para a Maternidade porque entrou em trabalho de parto.

Tipos de Parto



Tipos de Parto:

- 
 - Parto vaginal
 - Parto de cócoras
 - Parto vertical
 - Parto na água
- 
 - Parto instrumental
 - Parto com fórceps
 - Parto com ventosas
- 
 - Cesariana eletiva
 - Cesariana de urgência

Parto vaginal

- Opção número um dos pais e clínicos.
- É a via mais natural de fazer nascer uma criança.
- Apresenta uma recuperação física mais rápida.
- Favorece a amamentação e o vínculo mãe-filho.
- Apresenta menor risco de infecções, hemorragias e complicações respiratórias fetais.



Parto vaginal

• Pode ser:



Parto Instrumental

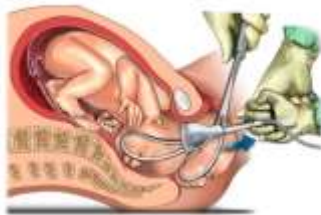
- Forçaps e Ventosas: Consiste num parto via vaginal, mas com auxílios.
- Forçaps (instrumento cirúrgico parecido com uma colher)
- O da ventosa:



que são colocados cuidadosamente junto à cabeça do bebê, para a remoção dele.

Cesariana, eletiva ou urgente

- Cirurgia: é um procedimento invasivo com necessidade de anestesia.
- Corte na região abdominal que abrange todos os tecidos até atingir o útero.
- O tempo de internamento é maior.
- existe maior risco de infecção e a recuperação física é por norma mais lenta.
- É a opção mais rápida quando se verifica que:
 - O bebê não está na posição correta;
 - Pouca dilatação;
 - Sufocamento fetal (acome desenvolvimento cardíaco);
 - Bebês grandes, com peso cefálico superior a 4,5 kg;
 - Placenta prévia;
 - Descolamento da placenta;
 - Patologias maternas como por exemplo, herpes genital, sífilis, etc.





Cuidados Imediatos ao RN



• Cuidados Imediatos - Após o Parto:

- ✓ Desobstrução das vias aéreas superiores
- ✓ Secagem e aquecimento
- ✓ Pinçamento e secção do cordão umbilical
- ✓ Identificação do RN



• Cuidados Imediatos - Após o Parto:

- Índice de Apgar: no 1º e 5º minuto da vida. E repetido no 10º min.
- Administração da Vit. K: 1mg via IM.
- Peso + altura
- Imunização VHB
- Rastreamento Auditivo
- Teste Pozinho (algumas locais)



Puerpério Imediato



Controles a mãe após o parto:

- Após a descida da placenta, por duas horas a mulher permanece na área pós-parto.
- A parturiente faz vários controles dos pontos de sutura e restos de grávidos que ficam no útero.
- avaliação do sangramento e a capacidade de contratilidade do útero.
- controle de sinais vitais.
- 1ª visita após o parto.
- se houver um cateter peridural, remoção dele.



**Obrigado Pela
Vossa Presença!**



Aula 3 – Trabalho de parto II



DOR NO TRABALHO DE PARTO:

FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NA INTENSIDADE DA DOR:

- Sentimentos como medo, ansiedade e tensão
- Motivação para o parto e maternidade
- Paridade (Número de filhos)
- Realização em cursos de preparação para o parto
- Estado de ânimo
- Tamanho do feto
- Peso da gestante
- Dependências anteriores
- Uso de drogas para induzir / amenear as contrações uterinas
- Filosofia do hospital.

Filosofia do hospital:

- O médico e enfermeiro estão à disposição da mãe
- As gestantes têm direito a ter uma mulher no hospital antes do parto
- Agendar no hospital que desejam

- H. São Francisco Xavier, Contato: 219 441 751 / 219 441 241
- Hospital Vila Princesa de São, Contato: 302 325 442 (linha de apoio e gestas) / 302 325 442 (gestas)
- Hospital Beatrix Angola (Lusitânia), Contato: 219 567 23
- Hospital de Cascais, Contato: 303 068 913 / 303 068 913
- Hospital Fernando Pessoa (Alameda Sáez), Contato: 21 454 01 80
- Hospital Garcia da Orta, Contato: 212 227 228

Podem consultar também na net. Na página oficial de cada hospital.

Métodos Farmacológicos alívio da dor



Métodos Farmacológicos alívio da dor:

- **SCIPRIDINA – Dexametrazol** – Analgésico administrado por via intravenosa



Métodos Farmacológicos alívio da dor:

- Analgésico por inalação - **ÓXIDO NITROSO** - Através de uma máscara inicia a inalação no início da contração até que ela termine.



Métodos Farmacológicos alívio da dor:

- **Bloqueio da nerva pudenda** - consiste a injetar o anestésico para não sentir dor na área do perineo, especialmente se não precisar de fazer um corte (episiotomia)



Métodos Farmacológicos alívio da dor:

- A anestesia local - **LIDOCANA** a 1% ou **MEPIVACAÍNA** a 1,2% - entra se no parto, especialmente em sala de parto de parto de emergência.



Métodos Farmacológicos alívio da dor:

- ▶ **Anestesia epidural:** Consiste em injetar um **anestésico local** no espaço epidural (a coluna vertebral) para bloquear a condução de estímulos dolorosos.
- ▶ A infusão pode ser **controlada** ou de demanda, a vontade da mulher.



Métodos não Farmacológicos alívio da dor



MEDIDAS PARA O CONFORTO DA PARTURIENTE:

- ▶ **Medidas ambientais:**
 - Diminuição da luminosidade
 - Diminuição dos ruídos externos
- ▶ **Privacidade**
- ▶ **Aconchego / conforto:**
- ▶ **Múscas**
- ▶ **Medidas físicas:**
 - Caminhar durante o trabalho de parto
 - Exercícios físicos
 - Bola de pilates



Massagens corporais:



Exercícios respiratórios:

- ▶ **Princípio** é a respiração lenta e profunda com inspiração e expiração profundas e longas em um ritmo natural, sendo realizada no momento das contrações uterinas.



Banho / ducha:

- ▶ A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular.



Bola:

- ▶ Na bola a parturiente consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto.
- ▶ A parturiente pode ainda, fazer movimentos relativos ao trabalho de parto. A movimentação do quadril facilita a rotação do bebê, auxiliando-o a se deslizar para a posição correta.



Música para o trabalho de parto:

- ▶ Spotify: "BIRTHING PLAYLIST" → MIX

PORTUGUÊS:

- ▶ Spotify: "MATERNIDADE"
- ▶ "Nos Bailes da Vida" – Milton Nascimento, Ruylla Naves
- ▶ "Quem sabe Isso Quer Dizer Amor" – Roberta Campos
- ▶ "Minha Felicidade" – Roberta Campos
- ▶ "Coisa Linda" – Tiago Iorc
- ▶ "Trem-bola" – Ana Vilela, Luan Santana

ESPAÑHOL:

- ▶ Tárax Navarro – Nueva Luna

RELAX:

- ▶ Spotify: "musica parto - relax" → MIX musica instrumental



Caminhar e mudar de posição:



Papel do Acompanhante



Acompanhante no trabalho de Parto

- Tem que ser uma pessoa significativa para a mulher. O pai/mãe da criança, a mãe/pai da mulher, avós, irmãs, um amigo...
- Promove o bem-estar físico e emocional da mulher
- AMM não se sente sozinha



O Acompanhante no Trabalho de Parto

Como pode ajudar no Trabalho de Parto?



Seguir as indicações dos Profissionais de Saúde



Mantê-la calma



Pode aplicar o que aprendeu nos aulas de preparação para o parto



Transmitir tranquilidade, ouvir a Mãe, demonstrar segurança e que quer estar presente na sala

Plano de Parto:



Plano de Parto:

- Fazer um plano de parto é uma oportunidade para a grávida expressar os seus desejos e assumir-se como protagonista do nascimento do seu filho.
- Não deve ser visto como uma lista de exigências → Todos os partos são imprevisíveis e podem tomar rumos que obrigam a uma mudança de planos.
- Nos hospitais portugueses, os profissionais vão tentando adaptar-se aos desejos das grávidas.



Plano de Parto:

• O primeiro passo é escolher a instituição e saber se as condições seguem para profissionais de saúde correspondem aos seus desejos.

FAZER UM PLANO DE PARTO TEM TRÊS FUNÇÕES IMPORTANTES:

- Evitar intervenções de rotina desnecessárias.
- Levar a grávida a conhecer o cenário antes cada momento do seu parto, podendo fazer escolhas que se refletem no seu corpo e no seu bebê.
- Deixar as suas preferências bem visíveis para a equipe que a vai acompanhar.

O Plano de parto é tão importante que é a primeira de uma série de recomendações da OMS para melhorar o nível do atendimento dado a parturientes e recém-nascidos.



Plano de Parto: Uma das principais recomendações da OMS para melhorar o nível do atendimento dado a parturientes e recém-nascidos.



Parto | Novas recomendações da OMS

Exemplo dos desejos de uma mulher em um plano de Parto:

- Possibilidade de anestesia:
- Parto em posição confortável se estiverem necessárias para aplicação de algum fármaco ou caso necessário
- Utilização de técnicas, somente com minha aprovação
- Presença de meu acompanhante durante todo o TP e parto
- Episiotomia só em caso de extrema necessidade
- Contato precoce com o bebê logo após o nascimento
- Documentação do bebê no primeiro hora de vida.

PLANEJAMENTO	CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO
<p>PLANEJAMENTO</p> <p>Nome da mulher: _____</p> <p>Nome do acompanhante: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Religião: _____</p> <p>Outros dados pessoais: _____</p>	<p>CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO</p> <p>Nome do profissional: _____</p> <p>Nome da instituição: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Religião: _____</p> <p>Outros dados pessoais: _____</p>

Obrigado Pela Vossa Presença!



Aula 4 – Amamentação



A DECISÃO DE AMAMENTAR

- É uma decisão pessoal
- Sujeita a muitas influências
- Resultantes da sociedade na qual vivemos



Por que amamentar?

A amamentação é uma forma sem similar de fornecer um alimento ideal para o crescimento saudável e o desenvolvimento dos bebês.

É também parte integrante do processo reprodutivo, com importantes repercussões na saúde das mães.

(Organização Mundial da Saúde, OMS, 2019)



Benefícios do aleitamento materno:

- Para o bebê:
 - Fornecer proteção contra a doença
 - Favorecer o desenvolvimento cognitivo
 - Fortalece o sistema imunológico
- Para a mãe:
 - Reduz o risco de hemorragia pós-parto
 - Reduz o risco de câncer de mama e ovário
 - Ajuda a perder o peso ganho durante a gravidez
 - Reforça e vincula o vínculo que vem descrito de um relacionamento íntimo e amoroso com seu filho ao longo da vida.

A.M. - EXCLUSIVA: até seis meses de vida
A.M. - JUNTAMENTE COM OUTROS ALIMENTOS: até dois anos ou até que a mãe e filho o desejem.

Anatomia da mama:



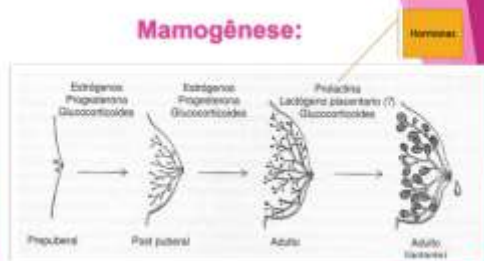
Infância Adolescência Puberdade Adulto (GRAVIDEZ)

Na Gravidez

- 1º MEIO DA GRAVIDEZ:
 - Diferenciação
 - Ramificação
 - Formação da Lobulilha



Mamogênese:



Gravidez

- 2º MEIO DA GRAVIDEZ:
 - Diferenciação completa
 - Coleção: 30 M. / 16a APICEL

TECIDO SECRETOR // VILLOS DE TEGIDO ADIPOSO
// TUBEROS DEDUTÓRIAS
// TUBEROS DEDUTÓRIAS



TIPOS DE MAMILOS



- Proeminente / Normal
- Pouco Saliente
- Plano
- Invertido

- Proeminente / Normal
- Pouco Saliente
- Plano
- Invertido

MAMILOS



O tipo de mamilo não deve ser determinante quando se trata de amamentar um RN.

Higiene e cuidado na amamentação



Copo para mamilo
A propiá leite

Duche mãos com água e sabão quente e seque as mãos em toalha limpa.



Composição do leite materno: adaptado às necessidades do bebê

- Primeiros dias: colostro
- 4º dia - 10º ao 15º colostro → leite de transição
- "leite maduro" e a composição varia ao longo do dia e também durante a mamada



Importância da Toma da noite

Mamada da noite ajuda a dormir porque o leite contém substâncias que induzem o sono.



Dieta durante a amamentação

- Dieta saudável, equilibrada e variável
- Aleitamento exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida.
- (Até então não precisa de nenhum suplemento de comida ou bebida, nem mesmo de água, a menos que haja indicação expressa do pediatra).
- Dos seis meses aos dois anos de idade, recomendam continuar com a amamentação e introduzir de forma complementar outros alimentos. (WHO, 2016) (AEP, 2017).



Bons sinais de adesão

- ▶ O queixo e o nariz do bebê estão próximos do seio da mãe.
- ▶ Os lábios do bebê são invertidos.
- ▶ A boca do bebê está bem aberta.
- ▶ Observa-se mais artilho por cima da boca do bebê que em baixo.



Sinais de boa sucção

O ritmo normal de amamentação de um recém-nascido está ligado a ciclos de 10 a 30 sucções em que a bebê respira normalmente sem interromper a sucção.

- ▶ A língua do bebê está sob o artilho
- ▶ Um movimento é observado no ponto de articulação da mandíbula.
- ▶ As bochechas não afundam, mas parecem redondas e firmes.



POSIÇÕES PARA AMAMENTAÇÃO



Posição sentada (ou posição do berço)



O bebê é colocado com o tronco de frente para a mãe. A mãe segura-o pela mão nas costas, apoiando a cabeça no antebraço.

Posição deitada



A mãe é colocada de lado, com o bebê também de lado, com o corpo voltado para o corpo da mãe e voltado para ela.
- Barriga com Barriga.
- Abdomen com abdomen.

Posição de envelhecimento biológico



A mãe é colocada recostada (entre 15 e 60°) nas costas e o bebê em seu estômago, em contato pelo a pele com o corpo da mãe.

Esta posição é especialmente apropriada durante os primeiros dias e quando há um problema de aderência (do: fissuras, rejeição do peito...)

Posição na bola de rugby (ou posição invertida)



O bebê é colocado sob a axila da mãe, com as pernas para trás e a cabeça no nível do peito, com o tronco no nível do nariz.
É uma posição adequada para gêmeos que amamentam e bebês prematuros.

Posição do cavalo



O recém-nascido senta-se em uma das pernas da mãe, com o abdome preso e descansado na mãe.

Esta posição é útil em casos de fissuras, refluxo gastroesofágico significativo, lábio leporino ou fenda palatina, retroincurvatura ou hipotonia.

Conservação do leite materno

Parâmetros para armazenamento de leite materno	Tempo de Armazenamento	
	Temperatura	Tempo de Armazenamento
Leite refrigeração fresco		
Armadilha quente	21-22°C	3-4 horas
Temperatura ambiente	16-20°C	4-6 horas (ideal 5-6)
Baldes térmicos com pacote de gelo	15°C	24 horas
Leite Refrigerado (Armazenar no fundo da geladeira, longe da porta)		
Refrigerador (leite fresco)	2-4°C	3-8 dias
Refrigerador (leite descongelado)	4-4°C	24 horas
Leite Congelado (Não recongele! Mantenha no fundo, longe das portas)		
Congelador interno dentro de geladeira (produto antigo)	Varia	2 semanas
Congelador de dois compartimentos (Congelador ou porta isolada)	Menos de 0°C	6 meses
Forno separado	Menos de 10°C	12 meses (ideal: 6 meses)

Estes parâmetros são para bebês saudáveis e com todas as suas necessidades nutricionais. Caso não sejam estes os critérios, consulte um pediatra para maiores orientações.

ONG - DGE

Leite que descongelou

Se o leite foi congelado e descongelado, pode ser refrigerado por até 24h.

Não deve ser congelado novamente.

O leite humano congelado pode cheirar rançoso ou ter gosto de sabão.

Nesses casos para evitar isso, é necessário aquecer o leite imediatamente após a extração, e resfriá-lo rapidamente e colocá-lo para congelar.



Problemas mais frequentes

- Fissuras mamárias.
- Ingurgitamento
- Obstrução de um duto de leite
- Mastite
- Pérola de leite
- Agitação da amamentação

- Crise de amamentação

Quando acontece no final da vida gestacional, por volta do 3º trimestre, geralmente entre 32 e 34 semanas de gestação.

A mãe apresenta queixas tais como:

- 15-20 dias de sono
- 3-7 semanas de dor
- 3 crises
- Perda de peso
- De 100g a 200g de peso

Ligação e apego

Há um elo duradouro entre crianças que são amamentadas predominantemente por seis meses ou mais e a segurança do apego à criança.



Mitos

Estética e à alimentação

- A amamentação deforma os seios.
- Alimentos muda o sabor do leite.
- É necessário organizar o horário.
- O normal ter dor.

Produção e qualidade do leite

- Se tem um peito pequeno, terá pouco leite.
- O colostro não alimenta.
- Eu não tenho leite suficiente porque sei pouco leite na extração com a bomba.
- O meu leite é aguado.

O código internacional de comercialização de subsídios maternos de leite.

Foi adotado pela OMS e UNICEF em 1981.

Não deve:

- ▶ Fornecer suplementos gratuitos de leite para hospitais.
- ▶ Promover seus produtos para o público ou para o pessoal de saúde.
- ▶ Usar imagens de bebês em seu leite, mamadeiras...
- ▶ Dar amostras grátis de seus produtos para a família.
- ▶ Promover alimentos para ou bebidas para bebês com menos de 6 meses de idade.
- ▶ Os rótulos devem estar em um idioma compreensível.

Obrigado Pela Vossa Presença!



Aula 5 – Cuidados ao RN

Curso de Preparação para a Parentalidade

Cuidados ao Recém Nascido

Ministério da Saúde
Regime Insular 2004-0442/00 15.20
página 027/0000

UCC SETE LAGOAS

DGS

Primeiras cuidados com o bebê

“Todos os cuidados ao Recém Nascido devem ser prestados preferencialmente pelos pais de modo a que se criem laços”

Reflexos do RN

Reflexo de Busca:
Ao tocar qualquer região em torno da boca, ele virá o rosto para o lado estimulado.
Esse reflexo ajuda o recém-nascido a encontrar o seio e começar a amamentação.



Reflexo de Sucção:
O bebê abra a língua e suga o que aparece à sua frente.



Reflexos do RN

Reflexo de Moro

Este reflexo ocorre quando o recém-nascido se desloca do centro de gravidade ao ser sentido assustado ou desorientado. O bebê joga a cabeça para trás, estica as pernas, abre os braços e os fecha depois.



Reflexos do RN

Reflexo de Babinski

A partir de um estímulo na sola dos pés há uma extensão do hálux (1º dedo dos pés) e os outros dedos fazem movimento de leque.



Reflexos do RN

Reflexo de Pressão Plantar/Palmar:

A partir de um estímulo sobre os dedos das mãos e pés, estas ficam (se fecham) e agarram o que tocam.



Reflexos do RN

Reflexo de Marcha:

Quando é colocado em pé, com apoio nas pernas, o bebê ergue uma perna dianteira e tenta de estar andando. Este é o primeiro reflexo a desaparecer. Termina até o fim do primeiro mês.



Banho Do Recém Nascido

Banho do RN

Os bebês não nascem sujos. O corpo humano é quase perfeito e seu é protegido pelo exantema do verniz, uma camada protetora do pelo com a qual os bebês nascem e que os protege contra infecções e fungos.



O primeiro banho pode esperar. Os recém-nascidos dizem que não é recomendado dar banho no recém-nascido após o primeiro banho de leite.

Banho do RN



Não tem que ser todos os dias, porque o PH fica enfraquecido.



Não temos que usar gel e shampoo agressivos, tem que ser neutros, e pouca quantidade. (Tamanho de uma ervilha).



Bom momento para despista de qualquer problema no corpo do bebê.

Quê é necessário para o banho do RN?



Banho do RN

Preparação do banho:

• Adeje o ambiente e este comente de ar no local do banho.

• Antes de o colocar na banheira ventile a temperatura da água com o cotovelo, termômetro (36-37° C).

• Se o bebê estiver sujo com fezes, limpe-o antes de iniciar o banho.



Se o bebê estiver sujo com fezes:

No mameo:

Limpeza da zona genital no sentido descendente ou seja da frente para trás (de virva para o reto).



No mameo:

A higiene do pênis deve ser feita externamente, sem retração do prepúcio ou com retração muito suave para evitar les.



Banho do RN

- Comece por lavar os olhos e o rosto apenas com água.
- Coloque o bebê dentro da banheira segurando-o bem, passando o seu braço por detrás dos ombros do bebê, para que a cabeça dele fique apoiada no seu braço e com a sua mão agarrar o braço do bebê.



Banho do RN

- Molhe o bebê lentamente para que não se assuste, tendo sempre o cuidado de começar a banha de cima para baixo, ou seja, da cabeça para os pés, deixando as pernas para o final.



Banho do RN

- Antes de retirar o bebê da banheira certifique-se de que retirou bem todo o sabão.



- Em seguida, retire o bebê da banheira tendo sempre o cuidado de ter uma toalha aquecida à mão para que o bebê não esfrie.

Banho do RN

- Seque-o bem com uma toalha limpa e macia tendo em especial atenção as pregas/dobras da pele (pescoço, axilas e virilhas).



- Faça a limpeza do coto umbilical, coloque a fralda e vista o seu bebê com a roupa limpa.

Coto Umbilical

- EVOLUÇÃO CICATRICIAL



Coto Umbilical

- Lavar com água e sabão. Podem usar cloroxedina para sua desinfeção, mas já não é preciso.
- É importante vigiar sinais de infeção (chama, ruído, color, dor, lambeção).
- O coto deve estar exposto ao ar o maior tempo possível.
- Colocando-o sempre por fora da fralda.



Coto Umbilical

- A sua queda verifica-se, normalmente até ao 10º dia de vida.
- A limpeza do local deverá continuar por mais alguns dias, mesmo após a queda do coto.



Muda da Fralda

- As primeiras fezes surgem nas primeiras 48h, sendo a maioria nas primeiras 24h.



Muda da Fralda

- Pelo 3º dia surgem as fezes de transição, que já não têm o aspeto escuro.
- Uma criança alimentada à mama, tem cerca de 3 a 5 dejeções moles por dia, amarelo-esverdeado.
- Com leite artificial tem 1-4 dejeções por dia, com cheiro, pastosas, mais duras e de cor amarelo-pálido.



Muda da Fralda

- A frequência com que o bebê faz xixi diz muito sobre a saúde dele - 9, 6 A 8 fraldas por dia.
- "Essa falta indica que o bebê obtém suficiente LM ou LA. O aumento do peso confirma essa hipótese".



Muda da Fralda

1. Tirar todo o peito para não deixar ao RN sozinho.
2. Tirar a fralda que está suja.
3. Limpar os genitais com água e sabão, toalhitas...
4. Se é preciso usar algum creme hidratante.
5. Lavar as mãos para não colocar a nova fralda.
6. Fechar e ajustar a fralda ao corpo do RN. O coto umbilical deve ficar seco.



Choro e Cólicas



Porque choram os bebês?

- Para além de ser uma das formas mais usadas pelo bebé para comunicar, o choro também pode estar relacionado com uma **evolução positiva da criança** inclusive com o desenvolvimento do seu sistema nervoso.
- **Q. melão é simples:** chorar promove a **abertura dos pulmões** e **traz o seu funcionamento**, para além de provocar a **saída dos fluidos** das vias respiratórias, para tornar possível a entrada de oxigénio.



Porque choram os bebês?

- Além disso, não nos podemos esquecer de um aspeto importantíssimo: o choro é a forma mais fácil e imediata do bebé comunicar com os pais quando tem fome, febre, dor, alguma coisa, quer companhia, ou sente desconfortável.



COM O TEMPO E A EXPERIÊNCIA CADA MÃE SABE E RECONHECE PORQUÊ CHORA SEU BEBÊ.

Como acalmar o bebé?

Quando o bebé chora é importante que os pais mantenham a calma e que tenham mais em conta o seu melho que as opiniões das pessoas à sua volta, que vão ser mais que muitas e, provavelmente, contraditórias umas das outras.

Estratégias - Faça uma "brinquem"

- Dê-lhe o objeto de conforto dele, a mama, chucha, o dedo, a fralda.
- Verifique se o bebé tem a fralda limpa.
- Avalie se o bebé tem fome, mesmo que seja durante a noite.
- Avalie se tem Cólicas.
- Verifique se o bebé tem frio ou calor e ative-o em ambas as coisas.
- Avalie a temperatura corporal.



Estratégias - Faça uma "brinquem"

- Fale com o bebé num tom normal e calmo e vá falando o tom de voz à medida que ele se vai acalmando.
- Cante-lhe canções de embalar e acalme-o junto a si.
- Entregue o bebé num cobertor e dê-lhe palmadas suaves, de forma firme e ritmada.
- Entale o bebé.
- Massage o bebé.
- Se, mesmo assim, não conseguirem detetar o que se passa com o bebé e ele continuar a chorar, é aconselhado contactar o médico.



Cólicas

- Surge um choro:
 - agudo e persistente;
 - sem causa identificável;
 - em crianças saudáveis.
- Pela **terceira semana de vida**, manifestando-se por períodos súbitos de choro.
- Mais frequentes ao fim do dia e em primeiros filhos.



Cólicas

- É aconselhável uma **postura calma** dos pais, saber que este choro **intenso e inconsolável** da criança é considerado **normal**, devendo apenas proporcionar ao bebé medidas de conforto.
- Pode ainda colocar o bebé no colo com a **barriga para baixo** ou **massageá-la** para aliviar as cólicas.
- Em caso de necessidade deve consultar o médico pediatra.




Massagem do RN



Benefícios Massagem:

- Favorece a libertação da hormona do crescimento
- Desenvolve a coordenação motora fina
- Facilita o sono do bebé
- Facilita o alívio das cólicas
- Diminui a ansiedade
- Relaxa a brúchia
- Estimula os 5 sentidos
- Facilita a circulação
- Equilibra o Sistema Imunitário
- Equilibra o Sistema Respiratório



Obrigado Pela Vossa Presença!



Aula 6 – Regresso a Casa

Curso de Preparação para a Parentalidade

Regresso a casa

Ministério da Saúde
Registo de Actividades 442.330.1320
2024 02701016

UCC SETE BR

DGS

Regresso a Casa:

Serei uma boa Mãe?

Como vou conseguir gerir tudo?

É a minha relação com o meu companheiro?

Chegar a casa com um Recém Nascido:
Uma ou A Revolução
É um período difícil, intenso e maravilhoso

PUERPÉRIO

São as primeiras 6 semanas

puérpera → **PUERPÉRIO**

Resumo: É o período que ocorre entre o parto e o início da vida normal da mulher. É caracterizado por alterações físicas e emocionais, bem como mudanças na rotina.



Puerpério

- Momento especial / transformador
- Mudanças e imprevistos.
- Emoções vividas com intensidade.
- Calma e concentração são fundamentais.



Puerpério

É normal ter mudanças de humor, são caracterizadas por alterações físicas e hormonais (alegria, amor, tristeza, ansiedade ou instabilidade).

Sangrado até 40 dias após o parto. Volume de mulher a mulher, muda de cor e de quantidade.

Preste atenção ao cheiro, quantidade, cor...



Puerpério

• AMAMENTAR SEM HORÁRIOS

Para que a amamentação deva ser problema:

- o bebê tem que fazer uma boa pega, ou seja, agarrar bem o mamilo.
- Dar de mamar sem horários.



Dêe para o bebê, não para o relógio

- Se por algum motivo sentir que a amamentação não está a correr bem, não hesite em procurar ajuda. Existem grupos de apoio à amamentação e conselheiras de amamentação que podem ajudar. Às vezes, com uma mudança simples de posição ao dar de mamar ou com umas técnicas de incentivo tudo se torna mais fácil.

Puerpério

• Cuidos do perineo (nos primeiros dias e sempre)

Se houve episiotomia ou lesão: no perineo, pode ser muito desconfortável sentir ou mesmo sentir dor no parto.

- Para aliviar a dor no perineo deve aplicar gelo.
- O frio reduz a dor e ajuda a diminuir o inchaço.
- Mas não deve ser usado por um período prolongado e constante.
- Os exercícios de Kegel ajudam a reduzir os músculos do pavimento pélvico, podem ser realizados no dia a seguir ao parto.
- Servem para ajudar os músculos a voltar ao lugar, para fortalecer a vagina e para evitar a incontinência urinária.



Puerpério

DURMA QUANDO O SEU BEBÊ DORME

BEBA ÁGUA PEÇA AJUDA ÀS VISITAS

APROXIME-SE PELO SEU BEBÊ

Puerpério

Durante o puerpério:

- Não esquecer de consulta de puerpério
- Fazer consulta de planeificação familiar
- A puerpéria não pode começar a fazer contraceptivos hormonais até os 21 dias após o parto, por risco de infeção do útero.

E depois dos 40 dias:

- Retornar a forma
- Não esquecer - revisões pós parto



Puerpério – A ter em conta:

- Guarde algum tempo para si todos os dias!
- Faça uma lista com as suas prioridades e se possível delegue!
- Encurte as visitas ou recusas quando estiver cansada – família e amigos são compreensivos!
- Não hesite em pedir ajuda, se sentir que está a perder o controlo, a melancolia a instalarem-se
- O Papel da Enfermeira, dos Amigos e do Companheiro são fundamentais!



Obrigado Pela Vossa Presença!



Apêndice 2 - Síntese dos artigos da revisão integrativa da literatura

N.º	Autor / Ano / Título	Tipo de estudo	Metodología	Fenômenos de interesse / objetivo (s)	Cenário de estudo / População	Conclusões do autor com implicações para a prática
1.	Helena Ramírez Peláez, Isabel Rodríguez Gallego - 2014 - <u><i>Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial. Revisión bibliográfica</i></u>	Revisão bibliográfica	Pesquisa em várias bases de dados, Cuiden Plus, CINHALL, PubMed, IME e Cochrane. Analisando um total de 13 artigos de interesse com o tópico descrito e atualizado.	O objetivo deste trabalho foi conhecer o benefício do acompanhamento do casal durante a gravidez, o parto e o puerpério, em relação ao vínculo paterno filial.	Revisões bibliográficas, sistemáticas, estudos qualitativos e observacionais foram incluídos.	Os resultados e conclusões descritos após esta análise foram: - Acompanhamento diminui a ansiedade e a depressão das mulheres - O acompanhamento aumenta o autocontrole e os sentimentos positivos intra-parto e pós-parto - Acompanhamento aumenta o empoderamento das mulheres - O companheiro ideal nesse processo é o pai, devido ao componente sentimental - O acompanhamento é positivo para o vínculo materno / paterno - Acompanhamento melhora a satisfação das mulheres
2.	Manrique de Lara, D. et al. - 2007 - <u><i>Influencia del acompañamiento</i></u>	Estudo observacional.	Os instrumentos utilizados foram, entrevistas e guias de observação na	- A intenção do estudo é conseguir uma mudança cultural tanto do	O estudo foi realizado no Centro de Saúde Aparicio	- As mulheres grávidas sentiram-se mais seguras e mais confiantes

	<u>nto de un familiar durante el trabajo de parto. Centro de Salud Aparicio Pomares Huánuco 2004-2005</u>		sala de dilatação e na sala de parto.	profissional quanto da instituição de saúde. - Determinar a influência do acompanhamento de um familiar em relação à mulher grávida durante o parto.	Pomares no período 2004-2005. A população foi composta por todas as gestantes que entraram em trabalho de parto e a amostra foi selecionada por conveniência, com o tipo de amostragem não probabilística, com um total de 150 partos representando 30% durante todo o processo do estudo.	- As mulheres grávidas sentiram menos estresse e dor - Gestantes apresentaram redução no tempo de TP, sem aumentar intervenções desnecessárias - Em mais da metade da população não foi necessário o uso de anestésicos ou ocitocina - Quase toda a população se refere a um melhor vínculo emocional com seus cônjuges e bebês - A maioria das gestantes colaborou com a equipe durante o TP - A maioria das mulheres diz que o parto foi uma experiência positiva, que expressa maior satisfação - As mulheres se sentem mais empoderadas - Houve redução no tempo e com ela complicações e intervenções
3.	Wang et al. – 2018 - <u>Continuous support during labour in</u>	Estudo transversal, observacional e descritivo.	Análise de dados retrospectivos de janeiro de 2016 a dezembro de 2016 do banco de dados	O objetivo do estudo foi comparar os parâmetros de duração do	Foi realizada no Departamento de Obstetrícia e	- As mulheres acompanhadas tiveram um trabalho de parto mais curto do

	<u>childbirth: a Cross-Sectional study in a university teaching hospital in Shanghai, China.</u>		do hospital em questão.	trabalho de parto, hemorragia pós-parto (HPP), valores de uso de medicamentos para alívio da dor ou ocitocina, número de mulheres com sofrimento fetal, cesariana e Escore de Apgar em 1 e 5 min de bebês, entre mulheres que receberam apoio contínuo durante o parto e mulheres que não receberam.	Ginecologia do Distrito Hospitalar Minhang, Universidade de Fudan, Shanghai, China. A população foi composta por um total de 724 mulheres grávidas.	que as mulheres não acompanhadas. - A taxa de hemorragia pós-parto foi maior em mulheres desacompanhadas. - Houve maior uso de ocitocina no grupo de mulheres desacompanhadas, embora a diferença não seja muito significativa (3%). - O uso de analgesia foi praticamente o mesmo nos dois grupos. - Em relação ao índice de Apgar do recém-nascido, não há diferenças significativas entre os dois grupos. - Existe maior incidência de cesarianas no grupo de mulheres desacompanhadas.
4.	Carol I. Wilson, Jeffry a. Simpson. - 2016 - <u>Childbirth pain, attachment orientations, and romantic partner support during labor and delivery.</u>	Estudo Observacional.	Os casais foram recrutados através de anúncios feitos em salas de parto, aulas de preparação para o parto e folhetos distribuídos em hospitais no sudoeste dos Estados Unidos. Eles receberam um conjunto de pesquisas	Influência do acompanhamento do parceiro romântico em relação ao nível de dor percebida pela mulher durante o parto. Saiba que tipo de mulher é mais vulnerável ao parto doloroso.	Região sudoeste dos Estados Unidos. 140 primíparas com seus parceiros sentimentais .	- As mulheres mais apegadas se beneficiaram do apoio emocional em termos de redução da dor. - Mulheres com maior apego evasivo relataram maior dor quando receberam mais apoio. - Mulheres com maior ansiedade relataram maior dor,

			<p>aproximadamente 6 semanas antes do nascimento do bebê.</p> <p>Os participantes foram convidados a preencher a pesquisa em particular e devolvê-la por correio ao investigador.</p> <p>Juntamente com o consentimento informado devidamente preenchido</p> <p>As perguntas eram sobre demografia, variáveis, crenças de personalidade e relacionamento e orientações de apego.</p> <p>Então, cerca de duas semanas após o nascimento do bebê, foi enviada uma breve pesquisa sobre sua experiência de nascimento.</p> <p>Eles foram convidados a concluir tudo e devolvê-los por correio.</p>			independentemente do apoio de seus parceiros.
5.	Trudy Klompa, Anke B. Witteveena, Anke de	Estudo qualitativo: entrevistas	Entrevistas semiestruturadas pós-parto foram realizadas com	O objetivo deste estudo foi explorar a percepção e	Pós-parto de quatro a oito semanas pós-parto,	- Os sentimentos de perda de controle durante o parto são maiores em mulheres

	Jongea, Eileen K. Huttona,c and Antoine L. M. Lagro-Janssen. – 2017 - <u><i>A qualitative interview study into experiences of management of labor pain among women in midwife-led care in the Netherlands.</i></u>	semiestruturadas.	pacientes de cinco serviços de saúde da mulher na Holanda, entre agosto de 2009 e setembro de 2010. Eles foram selecionados nas áreas rurais e urbanas, com o objetivo de incluir mulheres que variam em termos de idade, paridade, nível de educação, formação cultural e local de nascimento esperado. Esperava-se que esses fatores afetassem as experiências das mulheres no tratamento da dor. Eles incluíram mulheres que falavam holandês, tinham entre quatro e oito semanas após o parto e que receberam cuidados e apoio dirigidos por parteiras no início do trabalho de parto.	satisfação pós-parto das mulheres e ver como elas lidavam com a dor do parto.	em diferentes escritórios na Holanda.	que não foram acompanhadas. - As parteiras devem ajudar as mulheres a ter expectativas realistas sobre como lidar com a dor do parto antes do parto, discutir possíveis dificuldades que surgem durante o trabalho ativo para decidir se devem ou não usar analgésicos. - O apoio contínuo de uma profissional de maternidade demonstrou ter um efeito positivo nas experiências de parto das mulheres
6.	Ana María Aranda García, María José Reina Durán, Isabel María	Estudo transversal analítico e clinimétrico	Metodologia quantitativa através do modelo de questionário adaptado às variáveis	Conhecer o nível de satisfação das mulheres no processo de nascimento	A pesquisa será realizada no Hospital Universitário	- promover maior apoio nas salas de procriação e parto - a presença deste último no processo de parto aumenta ainda

	<p>Rodríguez Rodríguez, Estefanía Delgado Begines, Javier De Las Heras Moreno, Carmen Lucía Lobato Miranda – 2014 - <u>Satisfacción de la mujer acompañada de su pareja Durante el proceso de parto en el hospital Universitario Virgen del Rocío</u></p>		<p>sociodemográficas e trabalhistas do estudo.</p>	<p>quando acompanhado pelo seu parceiro no Hospital Universitario Virgen do Orvalho.</p> <p>Descreva o perfil da mulher e identifique possíveis diferenças por idade, perfil e paridade da família</p> <p>Identifique as variáveis que influenciam a satisfação da presença no nascimento do casal para a mãe.</p> <p>Crie e valide um questionário para medir o grau de satisfação das mães no acompanhament o durante o parto.</p>	<p>Virgen del Rocío. Parto eutócico partos maiores de 16 anos, auxiliados no trabalho de parto e internado no serviço de obstetrícia do Virgin University Hospital del Rocío, com feto cefálico e sem fatores de risco durante acompanhad a durante o processo de seus parceiros.</p>	<p>mais o vínculo afetivo pai-filho. Isso é ainda maior quando se trata de mães primíparas, gestação múltipla, distócica ou, por exemplo, gestantes adolescentes, devido à sua vulnerabilidade psicossocial devido à idade precoce em que iniciam a maternidade.</p> <p>- É possível realizar uma intervenção de baixo custo em um hospital público, o que ajuda a personalizar o processo de nascimento e aumenta a satisfação da mulher.</p>
7.	<p>M. J. Aguilar Cordero et al. – 2013 - <u>Valoración del</u></p>	<p>Estudo descritivo transversal.</p>	<p>Foi realizado um questionário de satisfação validado (escala Likert) em</p>	<p>Identifique o grau de satisfação das mulheres no</p>	<p>Hospital Universitario San Cecilio</p>	<p>- A maioria das mulheres grávidas está satisfeita com o parto e</p>

<p><u>nivel de satisfaccíon en un grupo de mujeres de Granada</u> <u>Sobre atención al parto, acompañamie nto y duracíon de la lactancia</u></p>		<p>sessenta gestantes nas primeiras 24 horas após o parto. 14 dias depois, o mesmo questionário foi utilizado por telefone para corroborar as informações fornecidas em 24 horas, agora avaliando também o tipo de alimentação que o recém-nascido está recebendo. Mais tarde, três meses após o nascimento, a ligação é repetida, para perguntar sobre o tipo de alimentação do bebê e a causa pela qual a amamentação foi interrompida se a amamentação for interrompida. Os dados foram processados no pacote estatístico SPSS e foi realizada uma análise descritiva, obtendo-se tabelas de frequências e contingências entre as diferentes variáveis.</p>	<p>atendimento ao parto, acompanhament o durante o parto e a duração do aleitamento materno.</p>	<p>de Granada (Espanha). Período de agosto de 2011 a agosto de 2012, com um total de 60 mulheres.</p>	<p>o acompanhamento que recebeu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O parto vaginal sem epidurais é o que oferece mais satisfação, com maior percentual de mães satisfeitas. - Estar satisfeito ou não no momento do parto está relacionado à duração do aleitamento materno na mãe. - Identificar a satisfação das mulheres durante o parto serve como instrumento para aumentar a qualidade da assistência, permite projetar a melhoria contínua desses aspectos fracos e reforçar os pontos fortes encontrados.
--	--	--	--	---	---

8.	Dora Isabel Giraldo Montoya, et al. - 2015 – <u>Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto</u>	Estudo qualitativo, tipo fenomenológico.	Foram realizadas duas entrevistas em profundidade para cada informante, que foram gravadas e transcritas literalmente. A análise foi realizada simultaneamente com a coleta de informações no software Atlas. Utilizou-se uma pesquisa sociodemográfica, onde foram obtidos os dados de idade, escolaridade, nível socioeconômico e dados ginecológicos e obstétricos. A instituição hospitalar onde o presente estudo foi desenvolvido possui uma sala de parto para seis mães em macas, separadas por cortinas. Entrada familiar ou consumo de bebidas ou alimentos não é permitido. As entrevistas foram realizadas no pós-parto imediato.	Revelar as experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto em uma unidade materna e infantil de Medellín, durante 2013.	Unidade Materna e Infantil de Medellín. Foram entrevistados 13 participantes, oito primigestas, quatro secundigestas e um multigesta, com idade média de 25 anos, estratos socioeconômicos 2 e 3 e idade gestacional média de 38,2 semanas.	- As mães passaram por trabalho de parto e parto em solidão e o consideraram uma sensação negativa. - Os informantes perceberam o trabalho de parto e parto como um evento da vida que "valeu a pena", apesar de experimentar situações de dor, fadiga, sede, solidão e ansiedade.
----	---	--	---	---	---	---

Apêndice 3 – Pedido de autorização aos autores originais da escala de COMFORTS (Espanhol).



Apêndice 4 – Formulário elaborado para recolha de dados, inclui escala de COMFORTS (Espanhol).

Versão on line: Link: <https://forms.gle/pUvpi2Tvqvk2f6bY6>

Versão em papel:

Questionário nº _____

Questionário

“Influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto.”

O presente questionário surge como parte de um estudo de investigação intitulado “Influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto” desenvolvido no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, sob orientação da Professora Doutora Otilia Zangão.

O questionário é anónimo, de resposta rápida e os dados recolhidos destinam-se apenas e exclusivamente a serem tratados para os fins apresentados no respeito pelos princípios éticos e deontológicos que enquadram este tipo de estudo.

Assinale, por favor, com um X a opção correta e os restantes dados solicitados.

Obrigado pela sua colaboração!


Tania Fernandez






Secção 1: Dados sociodemográficos

<p>1. Idade</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 15-20 anos<input type="radio"/> 21-25 anos<input type="radio"/> 26-30 anos<input type="radio"/> 31-35 anos<input type="radio"/> 36-40 anos<input type="radio"/> 41-45 anos<input type="radio"/> 46-50 anos	<p>2. Estado civil</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Solteira<input type="radio"/> Casada/União de facto<input type="radio"/> Separada/divorciada<input type="radio"/> Viúva
<p>3. Religião</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Católica<input type="radio"/> Protestante<input type="radio"/> Ortodoxa<input type="radio"/> Islâmica<input type="radio"/> Hindu<input type="radio"/> Budista<input type="radio"/> Judaica<input type="radio"/> Religião tradicional chinesa<input type="radio"/> Agnóstico, Ateu, Sem religião<input type="radio"/> Outro _____	<p>4. Nacionalidade</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Portuguesa<input type="radio"/> Outra _____ <p>5. Raça</p> <ol style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Caucasiana<input type="radio"/> Negra<input type="radio"/> Outra _____

<p>6. Habilitações literárias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Ensino básico 1.º ciclo 2. <input type="radio"/> Ensino básico 2.º ciclo - 6.º ano (antigo 2.º ano liceal / ciclo preparatório) 3. <input type="radio"/> Ensino básico 3.º ciclo - 9.º ano (antigo 5.º ano liceal ou ensino técnico) 4. <input type="radio"/> Ensino secundário - 12.º ano ou equivalente 5. <input type="radio"/> Ensino médio / pós-secundário – curso de especialização tecnológica 6. <input type="radio"/> Ensino superior – bacharelato 7. <input type="radio"/> Ensino superior – licenciatura 8. <input type="radio"/> Ensino superior – mestrado 9. <input type="radio"/> Ensino superior – doutoramento 	<p>7. Profissão</p> <p>_____</p> <p>8. Quantos partos já teve?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Nenhum 2. <input type="radio"/> 1 3. <input type="radio"/> 2 4. <input type="radio"/> 3 5. <input type="radio"/> 4 ou mais
--	--

Secção 2: Dados da história obstétrica, da gravidez e do parto

<p>9. Gravidez planeada/desejada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não 	<p>10. Gravidez vigiada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não
<p>11. Local de Vigilância da gravidez</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Centro de saúde 2. <input type="radio"/> Hospital público 3. <input type="radio"/> Hospital privado 4. <input type="radio"/> Centro de Saúde e Hospital Público 5. <input type="radio"/> Centro de Saúde e Hospital Privado 	<p>12. Número de consultas realizadas na gravidez</p> <p>_____</p> <p>13. Realização do curso de preparação para o parto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não 3. Se sim. Local? _____
<p>14. Trouxe Plano de Parto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não 	<p>15. Método de Analgesia Utilizado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Não farmacológico 2. <input type="radio"/> Farmacológico
<p>16. Trabalho de parto espontâneo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não 	<p>17. Tipo de parto de Parto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Eutócico 2. <input type="radio"/> Distócico _____
<p>18. Duração do TP _____</p> <p>19. Nível de Dor _____</p> 	<p>20. Teve acompanhante durante o Trabalho de parto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="radio"/> Sim 2. <input type="radio"/> Não 3. Se sim. Quem? _____

Sección 3: Escala Care in Obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS). Versão modificada e adaptada para espanhol (Vivanco Montes et al, 2012).					
¿ESTÁ USTED SATISFECHA?	 Muy insatisfecha	 Insatisfecha	 Indiferente	 Satisfecha	 Muy satisfecha
Cuidados durante el periodo de parto					
1. Con la información recibida en la sala de dilatación-paritorio	1	2	3	4	5
2. Con la cantidad de información proporcionada por la matrona en el paritorio acerca de los cuidados que iba a recibir	1	2	3	4	5
3. Con respecto a sentirse escuchada y apoyada en la toma de sus decisiones por parte de la matrona	1	2	3	4	5
4. Con la atención brindada a su pareja o persona de apoyo	1	2	3	4	5
5. Con la vivencia del Nacimiento	1	2	3	4	5
6. Con las medidas para controlar el dolor durante el parto	1	2	3	4	5
7. Con las medidas de analgesia y de confort después del nacimiento de su bebé	1	2	3	4	5
8. Con la comodidad de su pareja o persona de apoyo en el lugar donde se le atendió	1	2	3	4	5
9. Con el número de profesionales que la atendieron durante el parto	1	2	3	4	5
10. Con el respeto a su intimidad por parte de los profesionales que la atendieron en el parto	1	2	3	4	5
11. Con el tiempo que pasó con usted la matrona para cubrir sus necesidades emocionales	1	2	3	4	5
12. Con el tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades físicas	1	2	3	4	5
13. Con relación a la respuesta de la matrona a sus necesidades durante el parto	1	2	3	4	5
Cuidados en el puerperio					
14. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades físicas	1	2	3	4	5
15. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados después del parto	1	2	3	4	5
16. Con el tiempo que la enfermera pasó enseñándole los cuidados del bebé	1	2	3	4	5
17. Con el tiempo que la enfermera pasó con usted para cubrir sus necesidades emocionales	1	2	3	4	5

18. Con el tiempo que pasó la enfermera enseñando a su pareja los cuidados de usted y su bebé	1	2	3	4	5
19. Con la respuesta a sus necesidades	1	2	3	4	5
20. Con el tiempo que pasó la enfermera ayudándole a alimentar a su bebé	1	2	3	4	5
21. Con la información que recibió de las enfermeras	1	2	3	4	5
22. Con el número de enfermeras que cuidaron de usted	1	2	3	4	5
23. Con el número de profesionales que entraron en su habitación	1	2	3	4	5
24. Con el número de médicos que la atendieron	1	2	3	4	5
Cuidados del recién nacido					
25. Porque sabe cuándo el bebé está enfermo	1	2	3	4	5
26. Porque sabe cuándo el bebé tiene hambre o está satisfecho	1	2	3	4	5
27. Porque sabe cuándo el bebé está tomando leche suficiente	1	2	3	4	5
28. Porque sabe colocar al bebé durante la alimentación	1	2	3	4	5
29. Porque sabe qué hacer cuando el bebé llora	1	2	3	4	5
30. Porque sabe qué hacer cuando el bebé se atraganta	1	2	3	4	5
31. Porque sabe colocar al bebé para dormir	1	2	3	4	5
32. Porque sabe cómo bañar al bebé	1	2	3	4	5
33. Porque sabe cómo encontrar ayuda cuando la necesita	1	2	3	4	5
34. Porque sabe cuidar el cordón umbilical de su hijo recién nacido	1	2	3	4	5
Logística y entorno					
35. Con la cantidad de comida proporcionada durante su estancia en el hospital	1	2	3	4	5
36. Con la calidad de la comida durante su estancia en el hospital	1	2	3	4	5
37. Con la accesibilidad a aquello que necesitó (útiles de aseo, ropa de cama, compresas, pañales, etc.)	1	2	3	4	5
38. Con el respeto a su intimidad por parte del personal de limpieza	1	2	3	4	5
39. Con la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto, porque era espaciosa y adecuada a sus necesidades	1	2	3	4	5
40. Con la iluminación de la habitación (paritorio) donde la atendieron durante el parto	1	2	3	4	5

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora</u>	
N.º Identificação Civil: _____ - Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgpec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ','): <u>'Pain', 'labor', 'personal satisfaction', 'exposure time'</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Saúde Materna - Trabalho de parto.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Anexo.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small> <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Documento Anexo ponto 13</u>	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.</p> <p>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</p>

ANEXOS

Anexo 1– Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora.



Documento	1	9	0	4	9
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof.^a Doutora Margarida Amoedo
Prof.^a Doutora Fátima Jorge
Prof.^a Doutora Sandra Leandro
Prof. Doutor Luís Sebastião
Prof. Doutor Armado Raimundo
Prof. Doutor Fernando Capela
Prof. Doutor Paulo Infante,

deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: "*Influência da pessoa significativa no processo de trabalho de parto.*" pela mestranda **Tania Fernández Fernández**, sob a supervisão da Prof.^a Doutora Maria Otilia Brites Zangão (responsável académica).

Universidade de Évora, 18 de dezembro de 2019

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo 2 – Grelha de registo das experiências realizadas no Estágio de Natureza Profissional.



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
Ano Lectivo 2019 /2020

Nome do Aluno Tania Fernandez Fernandez

Nº m43302

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	160
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	64
• Participação activa em partos pélvicos -----	3
• Participação activa em partos gemelares -----	11
• Participação activa noutros partos -----	21
• Episiotomia -----	3
• Episiorrafia / perineorrafia-----	50
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	53
• Trabalho de parto -----	229
• Puerpério -----	4
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	140
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	194
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	47
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	264

Anexo 3 - Aula de Sutura Perineal



CURSO ACTUALIZADO DE SUTURA PERINEAL

PROGRAMA

SESIONES DE LA MAÑANA

- 08.30 Registro y Bienvenida
- 08.45 Presentación y objetivos del curso
- 09.00 Breve repaso de la anatomía del suelo pélvico
- 09.30 Valoración y grados del desgarro perineal
- 10.00 Prevención desgarros 3er y 4º grado: OASI (Obstetrical Anal Sphincter Injuries)

COMENZAMOS CON LA PRÁCTICA...

- 10.15 Simulación correcta episiotomía. Introducción a Episissors-60.
- **11.00 Descanso (15 minutos)**
- 11.15 Sutura continua. Nudos: Cuadrado y Aberdeen I
- 12:15 Sutura continua. Nudos: Cuadrado y Aberdeen II
- **13.30 Comida (1 hora)**

SESIONES DE LA TARDE

- 14.30 Reparación y sutura trauma perineal (episiotomía y desgarro 2nd grado)
- 15.30 Reparación trauma perineal I
- **16.30 Descanso (15 minutos)**
- 16.45 Técnica de sutura en desgarro profundos
- 17.15 Reparación de desgarro labial
- 17.30 Dudas y preguntas
- 18.00 Repaso de objetivos y conclusiones de la jornada
- 18.30 Despedida y cierre.



**El programa está sujeto a cambios.*